cieh experience
Congresso Internacional de Envelhecimento Humano

# Envelhecimento baseado em evidências: Tendências e Inovações

ISBN: 978-65-86901-26-9

*Organizadores:*
***Adriana Schuler Cavalli***
***Anna Quialheiro Abreu da Silva***
***Glauce Suely Jácome da Silva***
***Manoel Freire de Oliveira Neto***
***Nayana Pinheiro Tavares***
***Rodrigo Caetano Arantes***
***Sheila Marta Carregosa Rocha***
***Verbena Santos Araujo***
***Vitória Regina Quirino de Araújo***

realizeeventos
Científicos & Editora

Adriana Schuler Cavalli
Anna Quialheiro Abreu da Silva
Glauce Suely Jácome da Silva
Manoel Freire de Oliveira Neto
Nayana Pinheiro Tavares
Rodrigo Caetano Arantes
Sheila Marta Carregosa Rocha
Verbena Santos Araujo
Vitória Regina Quirino de Araújo

*Organizadores*

# Envelhecimento baseado em evidências: Tendências e Inovações

realize
Editora
2021

# *Envelhecimento baseado em evidências: Tendências e Inovações*

**Comissão Editorial**
Adriana Schuler Cavalli - UFPEL
Anna Quialheiro Abreu da Silva - UMINHO
Glauce Suely Jácome da Silva - UEPB
Manoel Freire de Oliveira Neto - UEPB
Nayana Pinheiro Tavares - UFRPE
Rodrigo Caetano Arantes - Consultor em Envelhecimento
Sheila Marta Carregosa Rocha - UNEB
Verbena Santos Araujo - UFRN
Vitória Regina Quirino de Araújo - UEPB

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)

E61 Envelhecimento baseado em evidências: Tendências e inovações/organizadores, Adriana Schuller Cavalli... [et al.]. - Campina Grande: Realize Editora, 2021.

1525 p.: il. color

**ISBN 978-65-86901-26-9**

1. Envelhecimento humano. 2. Idosos. 3. Saúde do idoso. 4. Qualidade de vida. I. Título. II. Cavalli, Adriana Schuler.

21. ed. CDD 613. 043 8

**Elaborada por Giulianne M. Pereira** **CRB 15/714**

**Sobre o livro**
**Projeto Gráfico e Editoração:** *Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes*

realize Editora

**REALIZE EVENTOS CIENTÍFICOS & EDITORA LTDA.**
Rua: Aristídes Lobo, 331 - São José - Campina Grande-PB | CEP. 58400-384
E-mail: contato@portalrealize.com.br | Telefone: (83) 3322-3222

# Sumário

**PREFÁCIO** ..... **18**
*Dr. Manoel Freire de Oliveira Neto*

**PADRÃO DE ATIVIDADE DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL DE ACORDO COM A QUALIDADE DO SONO** ..... **19**
*Kelly Soares Farias*
*Débora Carvalho de Oliveira*
*Tania Fernandes Campos*

**AVALIAÇÃO DO DIABETES COMO CAUSA DE MORTES EM IDOSOS DO BRASIL** ..... **39**
*Radmila Raianni Alves Ribeiro*
*Adriana Raquel Araújo Pereira Soares*
*Maria do Carmo Guimarães Porto*
*Fábio Rodrigo Araújo Pereira*

**EFEITO DA MOBILIZAÇÃO NEURAL EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA** ..... **56**
*Mírian Celly Medeiros Miranda David*
*Dayenne Jeneffer Souza da Silva*

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA PARA OBTENÇÃO DE MELHOR QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO** ..... **74**
*Danielle Silva de Meireles*
*Caroline dos Santos Araújo*
*Maria Socorro de Albuquerque Caldeira*
*Michelle Silva dos Santos*
*Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**PREVALÊNCIA E MORTALIDADE PELA COVID-19 E SUA RELAÇÃO COM OS IDOSOS COM PROBLEMAS CARDÍACOS NO BRASIL** ..... **94**
*Joebson Maurilio Alves dos Santos*
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*
*Rodrigo Gomes de Arruda*
*Rosana Alves de Melo*

**BREVE DISCUSSÃO SOBRE O CONTEXTO GERAL DA VELHICE (S) NA CONTEMPORANEIDADE** ..... **112**
*Ms. Juliana de Aquino da Fonseca Doronin*

**TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PESSOA IDOSA: ASPECTOS DA ESPERA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO** ..... **129**
*Maria do Carmo de Farias Andrade*
*Cristina Maria de Souza Brito Dias*

**DESAFIOS DE APRENDIZAGEM TECNOLÓGICA NAS AULAS DE INGLÊS PARA ENVELHESCENTES E TERCEIRA IDADE** ..... **147**
*Maria Augusta Rocha Porto*
*Liliádia da Silva Oliveira Barreto*
*Noêmia Lima Silva*

**LUTO: UM ESPAÇO PARA VOCÊ! RELATO DE EXPERIÊNCIA DE IDOSOS ENLUTADOS DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO** ..... **171**
*Caio Brunelli Brailiense*
*Rosamaria Rodrigues Garcia*

**ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DOS LAÇOS ENTRE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS E SUAS FAMÍLIAS** ..... **189**
*Eleusy Natália Miguel*
*Adriana Cristina Firmino*
*Simone Caldas Tavares Mafra*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O USO DA CIF NA LOMBALGIA EM IDOSOS** ..... **209**
*Cícera Patrícia Daniel Montenegro*
*Maria Adelaide Silva Paredes Moreira*

**NA TRILHA DO ENVELHECIMENTO: TEORIAS BIOPSICOSSOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO E AS ATITUDES DE CRIANÇAS EM RELAÇÃO A VELHICE** ..... **223**
*Everton Willian de Oliveira Cavalcanti*
*Pedro Vinícius Lins Oliveira Lima*
*Márcia Regina Barbosa*
*Nayana Pinheiro Tavares*

**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE IDOSA COM PÉ DIABÉTICO INTERNADA EM UNIDADE HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** .... **245**
*Ana Claudia Torres de Medeiros*
*Maria Cecília Queiroga dos Santos*

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO** ..... **262**
*Ana Elza Oliveira de Mendonça*
*Isabel Pires Barra*
*Belarmino Santos de Sousa Júnior*
*Viviane Peixoto dos Santos Pennafort*

**EFICÁCIA DO USO DE MODELOS ANATÔMICOS TRIDIMENSIONAIS NOS PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS EM IDOSOS** ..... **280**
*Ketinlly Yasmyne Nascimento Martins*
*Anna Kellssya Leite Filgueira*
*Isabella Diniz Gallardo*
*Rodolfo Ramos Castelo Branco*

**CRIANDO LAÇOS DE AMIZADES: O ENSINO DA LÍNGUA ESPANHOLA NA UNATI/PE** ..... **297**
*Marina Holanda Kunst – UFPE*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL, SOBRECARGA PERCEBIDA NO CUIDADO E IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA.** .... **313**
*Andréia Affonso Barretto Montandon*
*Lígia Antunes Pereira Pinelli*

**FRAGILIDADE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ENTRE IDOSOS BRASILEIROS** ..... **334**
*Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa*
*Elisangela Vilar de Assis*
*Ingridy Michely Gadelha do Nascimento*
*Raimunda Leite de Alencar Neta*

**PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O USO DE COSMECÊUTICO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO** ..... **350**
*Rubia Karine Diniz Dutra*
*Vanessa Monteiro Nunes de Assis*
*Roma Silva de Medeiros Santana Machado*

**QUAIS MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA SÃO SUGERIDAS PARA O COMBATE AO COVID 19 NO PÚBLICO IDOSO?**..... **369**
*Juliana Cordeiro Carvalho*
*Monique de Freitas Gonçalves Lima*

**MORTES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS ENTRE IDOSOS EM RODOVIAS NO BRASIL** ..... **386**
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*
*Rosana Alves de Melo*
*Joebson Maurilio Alves dos Santos*

**ESTUDO DA MORTALIDADE DE IDOSOS BRASILEIROS EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER DE ESÔFAGO NO INTERVALO DE CINCO ANOS** ..... **406**
*Adriana Raquel Araújo Pereira Soares*
*Maria do Carmo Guimarães Porto*
*Steffany Larissa Galdino Galisa*
*Fábio Rodrigo Araújo Pereira*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO** ..... **424**
*Dayenne Jeneffer Souza da Silva*
*Mirian Celly Medeiros Miranda David*
*Carlúcia Ithamar Fernandes Franco*

**PERSPECTIVAS DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA IDOSOS** ..... **443**
*Ana Katarina Dias de Oliveira*
*Kalyane Kelly Duarte de Oliveira*

**ASPECTOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA** ..... **462**
*Hélio Luiz Fonseca Moreira*
*Janari da Silva Pedroso*

**TENTATIVAS DE SUICÍDIO ENTRE IDOSOS BRASILEIROS: UMA ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR E SEUS CUSTOS FINANCEIROS** ..... **484**
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*
*Rosana Alves de Melo*
*Joebson Maurilio Alves dos Santos*
*Rodrigo Gomes de Arruda*

**DIVULGAÇÃO DO CÂNCER BUCAL EM IDOSOS NAS MÍDIAS SOCIAIS** ..... **506**
*Andrea Márcia da Cunha Lima*
*Carmem S L D Piagge*
*Túlio Pessoa de Araújo*
*Cláudia Batista Melo*

**EXPERIÊNCIA CANSADA.** ..... **524**
*Lucinéia Contiero*

**A ARGUMENTAÇÃO NA SENESCÊNCIA: *DESIGN* DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA** ..... **545**
*Stefânio Ramalho do Amaral*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS** ..... **570**
*André Luís Cabral da Silva*

**SINTOMAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS CENTENÁRIOS** ..... **591**
*Giovana Zarpellon Mazo*
*Damiana Lima Costa*
*Pedro Silvelo Franco*
*Franciele da Silva Pereira*

**O USO DE JOGOS ELETRÔNICOS EM INTERVENÇÕES COM IDOSOS** ..... **610**
*Gabriella Medeiros Silva*

**A INFLUÊNCIA DAS ATIVIDADES DE UM PROJETO DE EXTENSÃO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS** ..... **630**
*Clenise Liliane Schmidt*
*Mariangela Gobatto*
*Bruna Neves Dolberth*
*Pamela Somavila*

**CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FUNÇÃO FUNCIONAL E COGNITIVA DE IDOSOS.** ..... **651**
*Mayra Sousa Gomes*
*Danielle Victor Fernandes*
*Kay Francis Leal Vieira*
*Adriana Lira Rufino de Lucena*

**RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE A COMPOSIÇÃO CORPORAL, QUALIDADE DE VIDA E CONDICIONAMENTO AERÓBIO DE UM PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA.** ..... **664**
*Jonatha Pereira Bugarim*
*Jakeline Caroline Souza e Souza*
*José Cosmiro da Silva Neto*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**PERCEPÇÕES SOBRE O CORPO: OLHARES DE IDOSOS DO SERTÃO DA PARAÍBA** ..... **679**
*Giulyanne Maria Silva Souto*
*Nilmara Serafim das Chagas*
*Iraquitan de Oliveira Caminha*

**ANÁLOGOS DA PROSTAGLANDINA NO MANEJO DO GLAUCOMA NO IDOSO** ..... **696**
*Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira*
*Anaís Bezerra de Gusmão*
*Elane Cristina Silva Landim*
*Cibério Landim Macedo*

**A INTERDISCIPLINARIDADE PELA ÓTICA GERONTOLOGICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE** ..... **714**
*Rodrigo de Oliveira Aureliano*
*Cirlene Francisca Sales da Silva*

**ANÁLISE DAS AUTOAVALIAÇÕES DE SAÚDE E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM PESSOAS IDOSAS FISICAMENTE ATIVAS E INATIVAS** ..... **733**
*Marcos Gonçalves Maciel*
*Paulo Roberto Vieira Junior*
*Giselle Alves de Moura*
*Maria Jesús Monteagudo*

**DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA: EXPERIÊNCIA DA SEÇÃO ALAGOAS** ..... **754**
*Elizabeth Moura Soares de Souza*
*Kely Regina da Silva Lima Rocha*
*Priscila de Oliveira Cabral Melo*

**CONFECÇÃO DE MÁSCARAS ARTÍSTICAS: PERCEPÇÃO DO EU E NOVAS POSSIBILIDADES DE (RE)EXISTÊNCIA** ..... **772**
*Raíra Kirlly Cavalcante Bezerra*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NO CONTEXTO BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA..... 782**
*Elaine Custódio Rodrigues Gusmão*
*Allany Kaline Nascimento Gomes*
*Gabriela Stéfany Alves de Lima*

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO USO DE UM MANUAL DE EXERCÍCIOS PARA IDOSOS. ..... 798**
*Marcio Venício Cruz de Souza*
*Ricardo Figueiredo Pinto*
*Victória Baía Pinto*
*Marco José Mendonça de Souza*
*Alena do Socorro Rodrigues Feio*

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA GERONTOFOBIA ..... 809**
*Cásio Carlos Pereira Barreto*
*Ana Karina da Cruz Machado*

**VIOLÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA E SEUS REBATIMENTOS NA SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA ..... 827**
*Ana Karina da Cruz Machado*
*Roberta Machado Alves*
*Hilderline Câmara de Oliveira*

**O USO DE PSICOFÁRMACO POR PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA..... 840**
*Regina Lígia Wanderlei de Azevedo*
*Davi Azevedo Ferreira*

**AVALIAÇÃO EM IDOSOS: PERFIS DE MOBILIDADE FUNCIONAL EM INDIVÍDUOS FISICAMENTE ATIVOS DE AMBOS OS SEXOS ..... 857**
*José Cristiano Paes Leme da Silva*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A COVID-19 EM IDOSOS BRASILEIROS... 877**
*Mayara Priscilla Dantas Araújo*
*Thaiza Teixeira Xavier Nobre*

**OBESIDADE SARCOPÊNICA: revisão narrativa de literatura . . . . . .896**
*Sarah Giulia Bandeira Felipe*
*Cynthia Roberta Dias Torres Silva*
*Rutielle Ferreira Silva*
*Maria do Livramento Fortes Figueiredo*

**"COVID-19 E AS AÇÕES PEDAGÓGICAS REMOTAS DO NUPATI/UFS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL". . . . . .915**
*Liliádia da Silva Oliveira Barreto*
*Miguel Arturo Chamorro Vergara*
*Noêmia Lima Silva*

**CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CAUSAS EXTERNAS EM IDOSOS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE . . . . . .937**
*Maria Elda Alves de Lacerda Campos*
*Mariana Cardoso Dantas*
*Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes*
*Rosana Alves de Melo*

**TECNOLOGIAS DO IMAGINÁRIO, ENVELHECIMENTO E COMPETIÇÃO INTERGERACIONAL: UMA ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO DOS *MASTERS* NO PROGRAMA TÁ BRINCANDO . . . . . .957**
*Marcella Silva Mousinho Machado*
*Sandra Regina Moura*

**EXPECTATIVA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM RELAÇÃO À TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA: UM ESTUDO REALIZADO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CAPITAL PARAIBANA . . . . . .980**
*Juliana Barbosa Medeiros*
*Ítalo Kleber Medeiros dos Santos*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE FELICIDADE E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS** ..... **998**
*Patrícia Galdino de Andrade Wollmann*
*Gislane Ferreira de Melo*

**A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM ALAGOAS** ..... **1018**
*Sandra Lopes Cavalcanti*
*Maria das Graças Monte Mello Taveira*
*Divanise Suruagy Correia*
*Marcel Arthur C. Gonçalves*

**ANÁLISE DA AUTOPERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES FÍSICAS REALIZADAS NO NASF DE JARDIM DO SERIDÓ – RN** ..... **1035**
*Alana Simões Bezerra*

**A PERSPECTIVA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES GERIÁTRICOS.** ..... **1052**
*Renata Esteves Frota*
*Isadora Duarte Carvalho Magalhães*
*Maria Tainá Ramalho Sá Rocha*
*Cristiane Falcão de Almeida*

**CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA** ..... **1069**
*Anne Karelyne de Faria Furtunato*
*Ana Elza Oliveira de Mendonça*
*Mayara Priscilla Dantas Araújo*
*Thaiza Teixeira Xavier Nobre*
*Vilani Medeiros de Araújo Nunes*

**ESPORTE COLETIVO ADAPTADO: ATIVIDADE FÍSICA E SOCIALIZAÇÃO AOS IDOSOS** ..... **1081**
*Jéssica Finger*
*Smaichel de Avila Teixeira*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAR OS IDOSOS PARTICIPANTES DO TRABALHO SOCIAL COM IDOSOS DO SESC - CE. 1101**
*Nilmara Serafim Chagas*
*Giulyanne Maria Silva Souto*
*Iraquitan de Oliveira Caminha*

**AS CONTRIBUIÇÕES DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO ..... 1118**
*Isamara Coura*
*Leôncio Soares*

**SEXUALIDADE: NARRATIVA DE MULHERES IDOSAS RESIDENTES EM RECIFE/PE ..... 1136**
*Virginia Lucia Costa Neves*
*Silvana Maria de Macêdo Uchôa*
*Cristina Maria de Souza Brito Dias*

**PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS LONGEVOS ..... 1155**
*Bruna da Silva Vieira Capanema*
*Felipe Fank*
*Giovana Zarpellon Mazo*

**IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DE IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19 ..... 1179**
*Raquel Ferreira Lopes*
*Ana Karolina dos Santos Ferreira*
*Jaqueline Maria Silva dos Santos*
*Mariana Quintiliano Wanderley Sandes*

**ESTEREÓTIPOS VISUAIS DO IDOSO NA PUBLICIDADE BRASILEIRA ..... 1195**
*Amanda Cristina de Oliveira*
*Sandra Souza*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**CRITÉRIOS DE ESCOLHA NA FARMACOTERAPIA DA DEPRESSÃO NO PACIENTE IDOSO EM TEMPOS DE COVID-19** ..... **1213**
*Elane Cristina Silva Landim*
*Cibério Landim Macêdo*
*Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira*
*Anaís Bezerra de Gusmão*

**FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS** ..... **1233**
*Suelane Renata de Andrade Silva*
*Paloma Maiara de Souza Maranhão*

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA TENDA DO CONTO: ENCONTRO DE NARRATIVAS SINGULARES** ..... **1250**
*Ruth Nayara Firmino Soares*
*Bianca Nunes Guedes do Amaral Rocha*
*Verbena Santos Araújo*

**O VELHO, A VELHICE: ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO** ..... **1266**
*Elaine da Silva Santos Rodrigues*
*Prof. Dr. Murilo Peixoto Mota*

**AS SOCIABILIDADE DASVELHICES HUNANA PARA UM ENVELHECIMENTO COMUNITARIO** ..... **1287**
*Miguel Arturo Chamorro Vergara*
*Noemia Lima Silva*
*Edna Felix*
*Soraia Silva Santos*

**PEQUÍ (*CARYOCAR BRASILIENSE CAMB.*): UM NUTRACÊUTICO DO CERRADO NO COMBATE AO ENVELHECIMENTO** ..... **1306**
*Bruno Rogério Ferreira*
*Letícia Cristina Alves de Sousa*
*Lorena da Fonseca Ferreira*
*Isabela Jubé Wastowski*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**O ALCOOLISMO DURANTE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....1319**
*Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves*
*Eliana Santos de Aquino*
*Rosana Gomes de Matos*

**CONFLITOS, VIOLÊNCIA, IDADE E GERAÇÃO NO COTIDIANO DE MULHERES IDOSAS DOS CRAS DE ARACAJU.....1341**
*Maria Helena Santana Cruz*
*Vera Núbia Santos*
*Laissa Eduarda da Silva Oliveira*

**SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....1366**
*Roberta Machado Alves*
*Ana Karina da Cruz Machado*

**MORTALIDADE POR QUEDAS NO BRASIL – UM ESTUDO LONGITUDINAL .. 1383**
*Luiza Gabriela de Araujo Fonseca*

**NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS: AÇÕES NAS ESF DE UM DISTRITO DE PORTO ALEGRE.....1400**
*Eliane Mattana Griebler*
*Andréa Kruger Gonçalves*

**CARACTERIZAÇÃO DAS DERMATOFITOSES DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.....1416**
*Heronides dos Santos Perereira*
*Patrícia Maria de Freitas e Silva*
*Janielle Silva Marinho de Araújo*
*Ítalo Freitas Pereira*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

**CAPACIDADE FUNCIONAL E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSERIDOS EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA**.....**1433**
*Jean Michel Regis Mendes*
*Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima*
*José Rogécio de Sousa Almeida*
*Larissa de Deus Rodrigues*

**INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO E A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA**.....**1452**
*José Rogécio de Sousa Almeida*
*Lucidio Clebeson de Oliveira*
*Jean Michel Regis Mendes*
*Heloísa Alencar Duarte*

**CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DE USUÁRIO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO HU-USP**.....**1469**
*Rosé Colom Toldrá*
*Tamires Nicodemos Vasques*
*Carolina Pires Ambrósio*
*Tamara Neves Finarde*

**CONDIÇÕES COGNITIVAS, FUNCIONAIS, DOENÇAS CRÔNICAS E SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDO TRANSVERSAL**.....**1488**
*Nathany Pinheiro de Souza*
*Lígia Antunes Pereira Pinelli*
*Andréia Affonso Barretto Montandon*

**FATORES QUE INFLUENCIAM A DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: REVISÃO INTEGRATIVA**.....**1507**
*Kaline Oliveira de Sousa*
*Ana Yasmim Gomes de Lima*
*Iluska Pinto da Costa*

**ISBN 978-65-86901-26-9**

# Prefácio

"A coisa mais moderna que existe
nessa vida é envelhecer",
*Arnaldo Antunes*

O envelhecimento da população está acelerando rapidamente em todo mundo, necessitando de avanços técnicos e científicos baseado em evidências, enfocando diferentes áreas do conhecimento, principalmente no campo da saúde, e mudanças culturais e melhorias de condições de vida das pessoas idosas.

Com perspectivas de uma vida mais longa, onde diferentes processos deverão ser incorporados ao um estilo de vida mais saudável, como: alimentação balanceada, prática de atividade física, uso racional de medicamentos, participação em trabalhos de ações sociais etc.

Políticas públicas eficientes, devem favorecer um modelo de atenção à saúde do idoso, aplicados a todos os níveis da prevenção e promoção, desenhado de ações de educação à saúde, prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos.

Para todo esse processo, o CIEH tem como proposta discutir, vivenciar e debater por meio de estudos e pesquisas científicas uma grande quantidade de questões sobre o envelhecimento.

Sendo considerado um dos maiores congresso na área de envelhecimento no Brasil, o CIEH se reinventou, mudou, transformou e trouxe uma nova roupagem para o evento.

Em um ano em que fomos surpreendidos por restrições de interação presencial, abraçamos a oportunidade de nos reinventarmos. Sendo assim, o CIEH 2020 se transformou, ampliando a sua capacidade de público e extensão territorial, a partir da ancoragem de nossa programação científica em uma plataforma de eventos totalmente online. Norteados pela temática da "Envelhecimento baseado em evidências: Tendências e Inovações", com excelentes publicações em diferentes áreas do conhecimento. Convidamos todos vocês para apreciar todos os trabalhos aqui exposto neste ebook.

Dr. Manoel Freire de Oliveira Neto
*Coordenador Geral do CIEH*

# PADRÃO DE ATIVIDADE DOS PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL DE ACORDO COM A QUALIDADE DO SONO

Kelly Soares Farias[1]
Débora Carvalho de Oliveira[2]
Tania Fernandes Campos[3]

**Resumo:** O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença neurológica com grande prevalência em adultos e idosos. Aproximadamente um terço dos sobreviventes tornam-se funcionalmente dependentes, apresentando comprometimento das atividades da vida diária e ciclo sono-vigília. O objetivo foi avaliar o padrão de atividade dos pacientes com AVC de acordo com a qualidade do sono. A amostra foi constituída por 10 pacientes (3 mulheres e 7 homens; idade média de 51±6 anos) e 10 indivíduos saudáveis (3 mulheres e 7 homens, idade média de 52±7 anos). Avaliação foi realizada pelo Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh e pela Actigrafia durante 7 dias consecutivos. Para análise estatística, utilizou-se o teste t'Student não-pareado e a ANOVA de medidas repetidas. Verificou-se diferença significativa entre pacientes e indivíduos saudáveis no nível de atividade diário, com os pacientes apresentando menos atividade (pacientes = 6463±8639 *counts*, saudáveis = 13465±13646 *counts*, $p < 0{,}0001$). Os pacientes também tiveram pior qualidade do sono do que os saudáveis (pacientes = 6±4; saudáveis = 4±2; p = 0,044). Os resultados apontaram uma relação entre o padrão de atividade e a qualidade do sono. Os pacientes com qualidade de sono ruim apresentaram ritmo de atividade mais fragmentado ao longo das 24 horas, apontando os efeitos

1 Doutora em Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, kll.soares1@gmail.com;

2 Doutora em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, debora_co@yahoo.com.br;

3 Doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN e Docente do Departamento de Fisioterapia da UFRN, campostf@gmail.com.

deletérios na sincronização do ritmo circadiano de atividade após o AVC. Dessa forma, verificou-se a necessidade de um cuidado multiprofissional para melhorar a condição de saúde desses pacientes, conforme preconizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral, ritmo circadiano, atividade motora, qualidade do sono, actigrafia.

## Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial e organizações internacionais preveem que, em 2025, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos (GOULART, 2011). Contudo, o envelhecimento populacional acarretou transformações na incidência e prevalência das doenças e aumentou os índices de óbitos causados pelas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MOREIRA *et al.*, 2013). Entre as DCNT, as do aparelho circulatório constituem a principal causa de mortalidade no mundo, em especial, as cerebrovasculares (BONITA *et al.*, 2013, SCHMIDT *et al*, 2013, WHO, 2013, WSO, 2019).

Neste contexto, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma condição neurológica com grande prevalência em adultos e idosos, sendo também umas das maiores causas de mortalidade no mundo e uma das principais causas de internações (BRASIL, 2013). Sua incidência é maior após os 65 anos de idade, dobrando a cada década após os 55 anos de idade (GILES; ROTHWELL, 2008, PEREIRA; ANDRADE FILHO, 2001).

O AVC caracteriza-se pelo início abrupto de sinais e sintomas neurológicos, como paralisia ou perda da sensibilidade, por lesão no tecido encefálico decorrentes de alteração vascular, com duração dos sintomas superior a 24 horas (STOKES, 2000). Os AVCs são classificados por categorias etiológicas (isquêmico ou hemorrágico), conforme o território vascular específico (síndrome da artéria cerebral anterior, síndrome da artéria cerebral média e assim por diante) e de acordo com categorias de tratamento (ataque isquêmico transitório, AVC mínimo, AVC importante, AVC deteriorante) (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010, STOKES, 2000).

No que concerne à etiologia, o AVC isquêmico é o tipo mais comum, afetando cerca de 80% dos indivíduos com AVC e ocorre quando há bloqueio do fluxo sanguíneo, privando o encéfalo de oxigênio e de nutrientes essenciais. O AVC hemorrágico, por sua vez, ocorre quando os vasos se rompem, causando extravasamento de sangue no interior ou ao redor do encéfalo (O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010). Dentre os pacientes com AVC, o AVC hemorrágico é o responsável pelo maior número de mortes, apresentando taxas de mortalidade de 38% em 1 mês, enquanto que os AVCs isquêmicos apresentam taxa de mortalidade de 8% a 12% em 1 mês (WHO,2013).

Após o AVC, o indivíduo pode apresentar déficits sensoriais, motores, de memória, da consciência e da fala, que dependem do tipo de AVC, do

ISBN 978-65-86901-26-9

hemisfério e dos lobos cerebrais acometidos, do tamanho da área cerebral danificada, do tempo no qual a região ficou sem o fluxo sanguíneo e da condição física geral do indivíduo. De todos os sistemas acometidos, o motor costuma ser o mais comprometido, havendo perda de função, atrofia e fraqueza muscular (LUNDY-EKMAN, 2000). No estágio agudo, há flacidez muscular, arreflexia, hemiplegia, hemianestesia e alterações cognitivas. Na fase crônica, instalam-se a hipertonia, hemiparesia, posturas anormais, resistência aos movimentos, alteração na coordenação, redução do equilíbrio estático e dinâmico (CANCELA, 2008, O'SULLIVAN; SCHMITZ, 2010, STOKES, 2000).

A pesar da recuperação ser heteregênea, geralmente, há um padrão geral de recuperação motora que é dependente da combinação de processos espontâneos e da aprendizagem. Algumas funções perdidas são inicialmente recuperadas devido à redução do edema encefálico e à plasticidade neural precoce, geralmente em 3 semanas. Apesar disso, cerca de 60% dos indivíduos que ficaram com disfunção motora após a lesão, geralmente seguirão com déficit motor permanente, apresentando dificuldades na realização de atividades da vida diária (AVD), deambulação, fala entre outros (CERNIAUSKAITE *et al.*, 2012, FILIPPO *et al,* 2015, MURRAY; LOPEZ, 1996, TEIXEIRA, 2008).

As consequências do AVC são diversas e permanecem, na maioria das vezes, por longos períodos, podendo atingir os componentes estrutura e função do corpo, atividade e participação, de acordo com o modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003). Fica evidente que, após o AVC, o indivíduo sofre alterações estruturais que o restringem em suas atividades diárias e em suas participações sociais. As alterações motoras podem impedir e/ou dificultar as transferências, a deambulação e a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, tornando o indivíduo física e funcionalmente dependente. Na maioria dos pacientes, a locomoção é uma das funções mais comprometidas, e a impossibilidade de andar e de subir escadas impede o acesso aos ambientes, o que acaba levando ao isolamento social (BRITO; RABINOVICH, 2008, SEGURA *et al*, 2008).

Baseado nesses achados, o uso de técnicas de avaliação e reabilitação são importantes para estes indivíduos. A actigrafia surge como um importante instrumento de avaliação do ritmo de atividade circadiana do indivíduo (GONÇALVES *et al.*, 2014). A análise actigráfica utiliza um acelerômetro que mede o grau e a intensidade do movimento corporal, de forma não invasiva e no ambiente natural do indivíduo, com capacidade de fornecer medições

objetivas que são representativas das variações diárias e da qualidade do sono (GONÇALVES *et al*, 2014, MORGENTHALER *et al*, 2007).

De acordo com os dados da literatura, ao comparar o ciclo sono-vigília e o nível de atividade física de pacientes com AVC com indivíduos saudáveis, os pacientes apresentam baixa atividade na vigília (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Em resumo, os pacientes necessitam de mais tempo para realizar as atividades e movem os membros com menos eficiência. Adicionalmente, os pacientes apresentam um sono mais fragmentado e um aumento da latência para o início dele, o que indica pobre qualidade do sono com efeitos negativos para a *performance* motora e cognitiva (CAMPOS *et al.,* 2008, 2013, CAVALCANTI *et al.,* 2013, CURCIO *et al.,* 2006).

Dito isto, o reconhecimento de problemas do ritmo circadiano é crítico para os pacientes acometidos pelo AVC e abre a janela de oportunidade sobre a importância de se avaliar o ciclo sono-vigilia, o padrão de atividade diária e a qualidade do sono desta população.

## Metodologia

### Amostra

O estudo foi caracterizado como uma pesquisa observacional realizada no Laboratório do Sono do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal Rio Grande do Norte (UFRN).

A população do estudo foi constituída de pacientes com diagnóstico de AVC estabelecido pelo neurologista, que estavam em listas de espera nas unidades de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade do Natal, Rio Grande do Norte.

A amostra foi composta por 10 pacientes com AVC e 10 indivíduos saudáveis, pareados por sexo, idade e escolaridade. A participação dos indivíduos foi de caráter voluntário, sem fins lucrativos, onde os mesmos foram informados quanto aos procedimentos da pesquisa e, em seguida, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes sob parecer no 978.349, obedecendo aos princípios de respeito à dignidade humana e todos os requisitos da bioética de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

ISBN 978-65-86901-26-9

Como critérios de inclusão, foram selecionados pacientes de ambos os sexos, com idade até 70 anos, alfabetizados, com diagnóstico de primeiro episódio do AVC, lesão cerebral unilateral e tempo de lesão acima dos 6 meses, ter movimento no membro superior mais afetado (hemiparesia), com capacidade de responder aos instrumentos de avaliação e manusear o actímetro. Foram excluídos aqueles que estavam em uso de antidepressivos ou neurolépticos durante o período de coleta de dados, trabalhadores noturnos, os que apresentaram sinais de negligência unilateral, deficiência auditiva e visual primária não corrigidas, além daqueles que não conseguiram manipular o actímetro durante o período de registro. Durante a avaliação, os participantes que apresentaram sintomas de mal-estar, dor ou voluntariamente solicitaram a saída do estudo, também foram excluídos.

## Instrumentos de avaliação

Primeiramente, os dados demográficos, antropométricos e clínicos foram coletados por meio de uma ficha de avaliação. Para as avaliações das alterações cognitivas, funcionais e do sono foram utilizados instrumentos traduzidos e validados no Brasil. Avaliação neurológica

Para a avaliação neurológica foi utilizada a Escala *National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS),* que é composta por 11 domínios (nível de consciência, movimentos oculares, campo visual, movimentos faciais, função motora do membro superior e do membro inferior, ataxia de membros, sensibilidade, linguagem, disartria, negligência espacial), os quais são pontuados com escores que variam de 0 a 4. Com a soma da pontuação de cada ítem é obtido um escore total. Considera-se que escores totais de 0 a 6 indicam um comprometimento neurológico leve, de 7 a 16, comprometimento moderado e escores de 17 a 30, comprometimento neurológico grave (CANEDA *et al.*, 2006).

## Avaliação motora

A avaliação da função motora foi realizada por meio da aplicação do subitem de membro superior da Escala de Fugl-Meyer (FUGL-MEYER *et al.*, 1975), que consiste em um sistema de pontuação numérica acumulativa que avalia seis aspectos: a amplitude de movimento, dor, sensibilidade, função motora da extremidade superior e inferior e equilíbrio, além da coordenação e velocidade. Cada atividade é pontuada de tal forma que, 0 para tarefa que

ISBN 978-65-86901-26-9

não pode ser realizado, 1 se é realizado parcialmente e 2 quando se realiza por completo. Totalizando 100 pontos para a função motora normal. A escala relacionada à função motora da extremidade superior totaliza 66 pontos, com escores entre 50 a 65 pontos refletindo comprometimento leve, entre 30 e 49 pontos demonstrando comprometimento moderado e valores abaixo de 30 refletindo movimentos severamente comprometidos.

### Avaliação subjetiva do sono

A qualidade do sono foi avaliada pelo Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (IQSP), que avalia a qualidade e distúrbios do sono durante o período de um mês (BUYSSE *et al.*, 1989), sendo um questionário de autorrelato, padronizado, simples e bem aceito pelos pacientes (IBER *et al.*, 2007). O instrumento é constituído por 19 questões categorizadas em sete componentes, graduados de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os componentes avaliados incluem qualidade subjetiva do sono, latência, duração, eficiência, alterações e disfunção diurna do sono e o uso de medicamentos para dormir. Um escore total maior que cinco indica que o indivíduo apresenta qualidade do sono ruim.

### Actigrafia

O padrão de atividade dos participantes foi avaliado pelo actímetro Actiwatch 2, Philips Respironics®, Andover, MA, USA. É uma ferramenta bastante útil na avaliação indireta do padrão circadiano sono-vigília e investigação das desordens do sono e tem a capacidade de registrar a frequência e intensidade dos movimentos realizados na extremidade ao qual está acoplado, por vários dias consecutivos. Adicionalmente, o aparelho tem um sensor que capta a luminosidade do ambiente que o indivíduo está exposto, é resistente a sujeira, água, calor e frio.

### Diário de sono

O diário de sono foi entregue ao participante para que ele anotasse, juntamente com o apertar o botão de marcação de evento do actímetro, os horários de deitar, de acordar, latência para o sono, quantas vezes acordou, sensação ao acordar e se houve ou não perturbação durante a noite, a fim de poder identificar durante a análise dos dados o início e o fim da atividade.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Procedimentos

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, os pacientes com AVC foram contatados por telefone e caso se enquadrassem nos critérios de inclusão, foram convidados a ir ao Departamento de Fisioterapia da UFRN. Os participantes que cumpriam os critérios de elegibilidade foram informados sobre os procedimentos que seriam realizados e orientados a assinar o TCLE.

Em seguida, os pacientes foram submetidos a uma avaliação inicial sociodemográfica e clínica, avaliação do estado neurológico, função motora e investigação subjetiva do sono. Em relação aos indivíduos saudáveis, foram coletados os dados sociodemográficos e os questionários de sono. Essa etapa durou aproximadamente 30 minutos e foi realizada no turno da manhã.

Posteriormente, o actímetro foi colocado no punho de cada participante. Nos pacientes, foi colocado no punho do lado mais acometido e nos indivíduos saudáveis, no punho do lado não dominante. Os participantes do estudo receberam instrução prévia quanto ao uso do aparelho e uma cartilha para intensificar as orientações. Antes da sua utilização, o aparelho foi previamente carregado e configurado para armazenamento de informações por 7 dias, representando o número de dias de uso do actímetro pelo participante. O dispositivo possui um botão de marcação de eventos, onde foi solicitado ao usuário que apertasse o botão no horário de deitar, horário de levantar, antes e após os cochilos durante o dia, antes e após os banhos e em caso de retirada do aparelho. Foi orientado também que o actímetro não fosse retirado do punho durante o período de coleta de dados. Uma semana após a coleta de dados, o participante devolveu o dispositivo e o diário de sono preenchido e uma das examinadoras ficou responsável pela transferência e visualização de todos os dados gerados. Na etapa de visualização dos dados, estes foram devidamente transportados para a memória do computador através de uma interface e os dados analisados pelo software Respironics Actiware versão 6.0.9.

## Análise Estatística

A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 22.0, atribuindo-se o nível de significância de 5%. Primeiramente, foi feito o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade de distribuição dos dados. Em seguida, foi realizada a

ISBN 978-65-86901-26-9

análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas (sexo, idade, escolaridade, tempo de lesão), escores das escalas NIHSS, Fugl-Meyer e IQSP). A ANOVA de medidas repetidas juntamente com o teste *post hoc* de Bonferroni foram aplicados para comparar os dados entre os grupos de pacientes e indivíduos saudáveis, no que diz respeito ao total da atividade (em *counts*) ao longo de 24 horas. Os mesmos testes foram usados para analisar a diferença no padrão de atividade entre pacientes e indivíduos saudáveis que apresentavam qualidade do sono boa e ruim.

## Resultados e discussão

Um total de 10 pacientes e 10 indivíduos saudáveis completaram os dados da avaliação e representaram a amostra desse estudo. A Tabela 1 apresenta a caracterização da amostra. Não houve diferença significativa entre os grupos para as variáveis sexo, idade e escolaridade. Em relação à qualidade de sono, quando comparado com os indivíduos saudáveis, os pacientes apresentaram, em média, uma qualidade do sono ruim (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos saudáveis e dos pacientes através da frequência absoluta, média, desvio padrão e valor de significância de *p*.

| | **Saudáveis** | **Pacientes** | **Valor de p** |
|---|---|---|---|
| Sexo (frequência absoluta) | 3F | 3F | 0,611 |
| | 7M | 7M | |
| Idade (anos) | 52±7 | 51±6 | 0,536 |
| Escolaridade (anos) | 11±1 | 11±2 | 0,370 |
| IQSP total (escores) | 4±2 | 6±4 | 0,044* |
| Tempo de lesão (meses) | - | 14±9 | - |
| NIHSS (escores) | - | 3±1 | - |
| FM (escores) | - | 48±7 | - |

F= Feminino; M= Masculino; IQSP= Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg; NIHSS= *National Institute of Health Stroke Scale*; FM= Fulg-Meyer. *Diferença significativa entre os grupos considerando $p < 0,05$.

De acordo com os dados da literatura, a incidência de AVC no Brasil é alta, principalmente em indivíduos idosos, estando associada a uma alta taxa de sobrevivência que declina levemente com o avanço da idade, de 79% dos

ISBN 978-65-86901-26-9

75 aos 84 anos para 67% acima dos 85 anos (IBGE, 2014) e afeta homens e mulheres quase que igualmente (IBGE,2014). De acordo com Stokes (2000) os AVCs são raros abaixo de 50 anos, mas a incidência aumenta progressivamente nas faixas etárias subsequentes. Corroborando com estes achados, a idade média da amostra aqui apresentada expõe bem esta realidade, no qual a distribuição da idade dos pacientes foi na faixa etária maior do que 50 anos e afetando homens e mulheres de maneira igualitária.

Em relação ao total da atividade, os pacientes tiveram, em média, um nível significativo de atividade duas vezes menor do que o grupo dos indivíduos saudáveis (pacientes = 6463±8639 *counts*, saudáveis = 13465±13646 *counts*, $p < 0{,}0001$). Ao analisar a atividade circadiana, observou-se que, a partir das 7h até às 24h, houve redução significativa no nível de atividade dos pacientes ao comparar com os indivíduos saudáveis ($p<0{,}0001$). (Figura 1).

Em ambos os grupos, o nível de atividade foi crescendo ao longo do dia (fase clara), entretanto, os indivíduos saudáveis apresentam dois picos de atividade (às 9h e 19h), enquanto os pacientes apresentam apenas um pico (às 17h). Dessa forma, os pacientes diminuíram o nível de atividade a partir das 17h, enquanto os indivíduos saudáveis continuaram aumentando até as 19h (Figura 1).

Figura 1. Total de atividade (*counts*) dos indivíduos saudáveis e dos pacientes com AVC mensurada ao longo de 24 horas.

Além da limitação funcional dos pacientes com AVC, a fraqueza muscular também está associada com alterações na composição muscular, incluindo

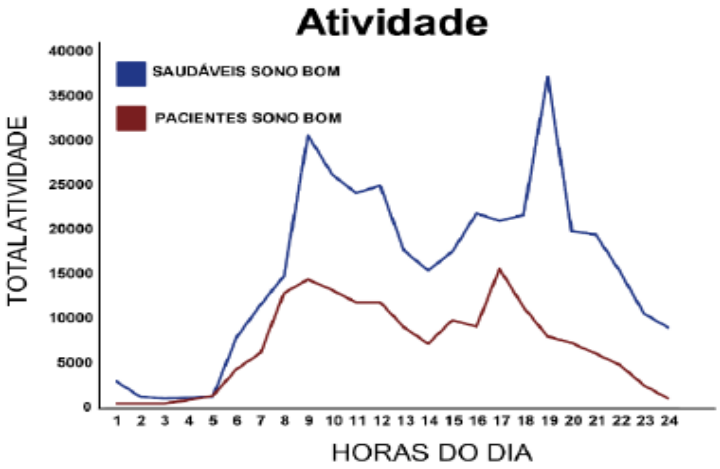
a atrofia das fibras musculares (TEIXEIRA, 2008). Assim, os pacientes apresentam padrões ineficientes de ativação muscular e dificuldades para manter um nível constante de produção de força, bem como, realizam um esforço maior e ficam mais fadigados (BOHANNON; WALSH,1991, JACKSON, MERCER, SINGER, 2016). Diante deste perfil, optam por passar mais tempo em inatividade ou em baixa atividade durante o dia, como visto na Figura 1.

Além do fator mencionado acima, há o impacto da cronobiologia na vida dos indivíduos. A cronobiologia estuda as caracteristicas temporais do ser vivo, avaliando a expressão dos ritmos biológicos, bem como a sincronização entre as flutuações do meio ambiente e dos organismos. Assim, observa-se que no comportamento humano há um padrão de variação de 24 horas, o ritmo circadiano, determinado por pistas fóticas (ciclo claro/escuro) e não fóticas, os *zeitbegers* (doador de tempo) (MISTLBERGER; SKENE, 2005). Os resultados aqui expostos mostram que os pacientes apresentaram baixo nível de atividade e um perfil irregular. Como observamos uma diminuição da atividade, principalmente no período da noite, isto pode ser confirmado pelo ritmo social. Em humanos, este ritmo baseia-se na realização das atividades de vida diária, essenciais para a manutenção do bem estar físico e psicológico do indivíduo: alimentação, vestimenta, higiene e a mobilidade física. Por exemplo, o comer, o dormir, o assistir televisão, atividades sociais, laborais e recreativas (CAMPOS *et al.*, 2008). É importante destacar que a atividade social favorece a exposição à luz natural, o que contribui para a reorganização do ritmo circadiano sono-vigília (WRIGHT *et al.*, 2006).

No que concerne ao sono, não é novidade que o padrão de sono de pacientes com transtornos neuropsiquiátricos é diferente (LU; ZEE, 2006). Aqui, ao avaliar o perfil de atividade de acordo com a qualidade de sono, foi possível observar que os pacientes e indivíduos saudáveis que apresentaram qualidade do sono boa tiveram um padrão de atividade diferente ao longo do dia em comparação aos indivíduos que apresentaram uma qualidade do sono ruim (Figuras 2 e 3).

ISBN 978-65-86901-26-9

Figura 2. Total de atividade (*counts*) dos indivíduos saudáveis e dos indivíduos com AVC mensurada ao longo do dia e de acordo com o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh apresentando um sono bom.

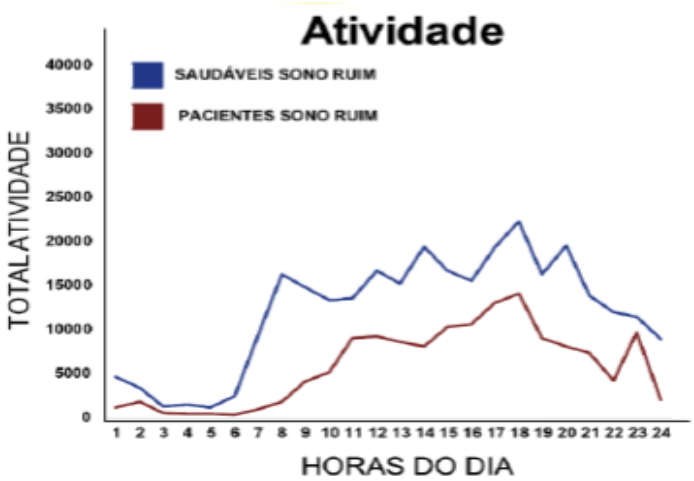



Na Figura 2 pode-se verificar que os pacientes e indivíduos saudáveis com sono bom apresentaram um padrão de aumento e redução da atividade bem definido. Os indivíduos saudáveis mostraram uma expressão maior do padrão bimodal, com dois picos de atividade e uma diminuição da atividade entre 12h e 14h. Os pacientes também apresentaram uma expressão melhor do padrão de atividade, com maior nível de atividade às 9h e uma diminuição da atividade entre 12h e 14h.

Por outro lado, os participantes que tinham uma qualidade do sono ruim apresentaram um nível mais baixo de atividade quando comparado aos que tinham qualidade do sono boa ($p$<0,0001). Além disso, não se verificou um padrão bimodal de atividade com boa expressão circadiana (Figura 3).

ISBN 978-65-86901-26-9

Figura 3. Total de atividade dos indivíduos saudáveis e dos indivíduos com AVC mensurada ao longo do dia e de acordo com o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh apresentando um sono ruim.




A ocorrência de distúrbios do sono é um aspecto importante na abordagem clínica para pacientes com AVC. Semelhante aos nossos resultados, estudos anteriores constataram que os pacientes com AVC apresentam menor qualidade de sono do que os indivíduos saudáveis (CAMPOS *et al.*, 2013, HUZMELI; SARAC, 2017). A qualidade do sono influencia a saúde e pode piorar as condições clínicas e prejudicar o tratamento e a reabilitação dos pacientes. (WHO, 2005). Além disso, há evidências que a má qualidade do sono e as interrupções do sono comprometem o sistema imunológico, alteram o processo de cicatrização, aumentam a sensibilidade à dor, contribuem para depressão e ansiedade e reduzem a qualidade de vida e o bem-estar funcional (GOLDMAN *et al.*, 2007, WALLACE *et al.*, 2012, BASSETI, 2005, MASEL *et al.*, 2001; STERR *et al.*, 2008).

O sono insuficiente e altos níveis de sonolência não apenas têm efeitos adversos na saúde, mas também no desempenho e na aprendizagem e consequentemente, na plasticidade neural (CABRAL *et al.*, 2018, GORGONI *et al.,* 2013, RIBEIRO; NICOLELIS, 2004, SIENGSUKON; BOYD, 2008, 2009). Dito isto, o reconhecimento de problemas do ritmo circadiano é crítico e abre a janela de oportunidade sobre a necessidade de se avaliar o perfil do sono dos pacientes neurológicos. A gestão adequada de sono nesta população é essencial para melhorar o desempenho funcional, o bem-estar pessoal e a reabilitação (SIENGSUKON; BOYD, 2008, 2009).

ISBN 978-65-86901-26-9

No presente estudo, os pacientes apresentaram uma qualidade de sono ruim, e ao comparar com o nível de atividade com os indivíduos saudáveis, houve mudança no perfil de atividade ao longo do dia. Uma explicação para os presentes achados é que o sono está relacionado ao ajustamento psicológico e/ou emocional. Estudos prévios mostraram que o sono dos pacientes pós AVC estava associado às manifestações físicas do questionário de qualidade de vida, ou seja, mudanças no aspecto físico e dor, enquanto a sonolência diurna estava associada à vitalidade, que é uma dimensão da saúde psicológica. Neste sentido, quando o indivíduo mantém um sono bom haverá benefícios para a consolidação da aprendizagem e da memória (RIBEIRO; NICOLELIS, 2004, SIENGSUKON; BOYD, 2008).

Reconhecendo o importante papel do sono no cuidado, apoio e tratamento de pacientes com AVC crônico é, portanto, um importante passo observar a qualidade do sono destes indivíduos, uma vez que os distúrbios do sono não tratados após o AVC, aumentam o risco de desenvolver outro AVC (DOBKIN, 2005). Ao analisar a Figura 3, observa-se que ambos os grupos com qualidade de sono ruim perderam a sincronização do ritmo circadiano de atividade. Não há um perfil de distribuição de atividade típico, há uma dessincronização. O único pico, facilmente identificado nos indivíduos saudáveis é após o levantar, acontecendo em torno das 7h30. Por outro lado, os indivíduos (pacientes e saudáveis) que possuem um sono bom (Figura 2), apresentaram ritmo circadiano com padrão de aumento e redução da atividade bem definido, com aumento da atividade em horários específicos. Nos pacientes, foi possível destacar um padrão bimodal: um entre 9 h da manhã e outro entre às 17–18h, momentos estes que expressam bem o levantar e o horário da refeição noturna, o jantar. Como estes indivíduos já estão na fase crônica é possível que eles já apresentem uma rotina de vida mais adaptada e horários de atividades mais regulares. O que pode ser justificado também com o período de repouso após o almoço, no qual observa-se uma redução da atividade entre 12h e 14h. Este mesmo perfil foi encontrado nos indivíduos saudáveis, com a observação que o nível de atividade nesta população é bem maior.

Estes resultados podem trazer reflexões importantes sobre o estado de saúde dos pacientes, uma vez que expõe os efeitos deletérios de uma doença na sincronização dos ritmos biológicos do indivíduo. Por isso, a necessidade dos profissionais da área da saúde e da familia/ cuidadores para promover uma adequação individual em relação ao cuidado e à atenção para com estes indivíduos, no sentido de melhorar seu bem estar biológico, psicológico e social,

principalmente na esfera da atividade e participação, conforme preconizadas pela CIF (OMS, 2003).

## Considerações finais

Os resultados aqui obtidos mostram que o AVC tem um impacto negativo no ritmo biológico dos pacientes, bem como a modificação global na sincronia, principalmente quando estes indivíduos apresentam uma qualidade de sono ruim.

Em síntese, os pacientes com AVC apresentaram um menor nível de atividade durante o ciclo sono-vigília e uma qualidade do sono ruim quando comparado com indivíduos saudáveis. Nesta abordagem, os pacientes com sono ruim, apresentaram uma dessincronização. fragmentação em relação ao ciclo circadiano clar-escuro, enquanto os que apresentaram sono bom, apresentaram picos de atividade específicos, sincronizados com atividades justificadas pelo ritmo social.

Assim, a identificação deste perfil de pacientes, através da actigrafia, pode ser útil para selecionar pacientes para novos tratamentos que objetivem regularizar o ritmo circadiano e o nível de atividade diária. Ademais, a importância deste estudo reside no alerta aos profissionais da área de sáude, aos cuidadores e aos familiares desta população sobre a necessidade do olhar holístico na reabilitação, bem como sobre a ressignificação de todo o contexto social, psicológico e biológico, objetivando sempre estimular a atividade e melhorar a sincronização do ritmo circadiano de atividade e do sono dos pacientes com AVC.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BASSETTI, C. Sleep and Stroke. **Seminars in Neurology** v. 25, p. 19-32, 2005.

BONITA, R. *et al*. Contrie action country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. **Lancet**. V. 381, p. 575-84, 2013.

BOHANNON, R.W; WALSH, S. Association of paretic lower extremity muscle strength and standing balance with stair-climbing ability in patients with stroke. **J Stroke Cerebrovasc Dis**. v. 1, p. 129-133, 1991.

BRITO, S.E; RABINOVICH, P.E. A família também adoece! Mudanças secundárias à ocorrência de Acidente Vascular Encefálico na família. **Interface**. V. 12, p. 783-94, 2008.

BUYSSE, D.J. *et al*. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res**. V. 28, p. 193-213, 1989.

CABRAL, T. *et al*. Post-class naps boost declarative learning in a naturalistic school setting. **Brief Communication - Science of Learning**. V. 3, 2018.

CAMPOS, T.F *et al*. Regularity of daily activities in stroke. **Chronobiol**. V. 25, p. 611–624, 2008.

CAMPOS, T.F. *et al*. Sleep disturbances complaints in stroke: implications for sleep medicine. **Sleep Sci**. V. 6, p. 98-102, 2013.

CANCELA, D. O acidente vascular cerebral – classificação, principais consequências e reabilitação. **Portal dos Psicólogos**. V. 2, p. 18-27, 2008.

CANEDA, M.A.G. *et al*. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com Acidente Vascular Cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**. V. 64, p. 690-7, 2006.

CAVALCANTI, P.R. *et al*. Circadian and homeostatic changes of sleep-wake and quality of life in stroke: implications for neurorehabilitation. **NeuroRehabilitation.** V. 32, p. 337-43, 2013.

CERNIAUSKAITE, M. *et al*. Quality-of-life and disability in patients with stroke. **Am J Phys Med Rehabil**.V. 91, p. 39–47, 2012.

CURCIO, G.; FERRARA, M.; DE GENNARO, L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. **Sleep. Med. Rev**. V. 10, P. 323–337, 2006.

DOBKIN, B.H. Rehabilitation after stroke. **N Engl J Med.** V. 352, p. 1677–1684, 2005.

FILIPPO, T.R.M *et al.* Neuroplasticity and functional recovery in rehabilitation after stroke. **Acta Fisiatr**. V. 22, p. 93-96, 2015.

FUGL-MEYER, A.R. *et al*. The post-stroke hemiplegic patient: 1. A method for evaluation of physical performance. **Scand J Rehabil Med.** V. 7, p. 13-3, 1975.

GILES, M.F.; ROTHWELL P.M. Measuring the prevalence of stroke. **Neuroepidemiology**. V. 30, p. 205-6, 2008.

GOLDMAN, S.E. *et al*. Poor sleep is associated with poorer physical performance and greater functional limitations in older women. **Sleep.** V. 30, p. 1317–1324, 2007.

GONÇALVES, B.S. *et al*. Nonparametric methods in actigraphy: an update. **Sleep Sci.** V. 7, p. 158-64, 2014.

GORGONI, M. *et al.* Is Sleep Essential for Neural Plasticity in Humans, and How Does It Affect Motor and Cognitive Recovery? **Neural plasticity.** V. 24, 2013.

GOULART, F.A.A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

HUZMELI, E. D; SARAC, E.T. Examination of sleep quality, anxiety and depression in stroke patients.Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases 23, p. 51-55, 2017.

IBER, C. *et al*. American Academy of Sleep Medicine; **The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology, and Technical Specifications**. 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de Saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas,2013. Distrito Federal, 181 p., 2014.

JACKSON, S.; MERCER, C.; SINGER, B.J. An exploration of factors influencing physical activity levels amongst a cohort of people living in the community after stroke in the south of England. **Disabil Rehabil.** P. 1–11, 2016.

LU, B.S.; ZEE, P.C. Circadian rhythm sleep disorders. **Chest.** V. 130, p.1915-23, 2006.

LUNDY-EKMAN, L. **Neurociência - Fundamentos para a Reabilitação**, 3ª edição, Elsevier; 2000.

MASEL, B.E. *et al*. Excessive daytime sleepiness in adults with brain injuries. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**. V. 82, p. 1526-1532, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria Nº 665, de 12 de dezembro de 2013. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. http:// bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.Html

MISTLBERGER, R.E; SKENE D.J. Nonphotic entrainment in humans? **J. Biol Rhythms**. V. 20, p. 339 – 352, 2005.

MORGENTHALER, T. *et al*. Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: an update for 2007. Standards of Practice Committee; American Academy of Sleep Medicine. **Sleep.** V. 30, p. 519-29, 2007.

MOREIRA, R.M. *et al*. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. São Paulo (SP): **Revista Kairós Gerontologia**. V. 16, p. 27-38, 2013.

MURRAY, C.; LOPEZ, A. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. **Harvard University Press**, Boston, 1996.

[OMS] Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003.

O'SULLIVAN, S. B.; SCHMITZ, T.J. **Fisioterapia: Avaliação e Tratamento**. São Paulo: Editora Manole; 5a edição, 2010.

PEREIRA, U.P; ANDRADE FILHO, A.S. **Neurogeriatria.** Rio de Janeiro: Editora Revinter; 2001.

RIBEIRO, S, NICOLELIS, M.A.L. Reverberation, storage, and postsynaptic propagation of memories during sleep. **Learning & Memory.** V. 11, p. 686-696, 2004.

SIENGSUKON, C.F.; BOYD, L.A. Sleep enhances implicit motor skill learning in individuals poststroke. **Topics in Stroke Rehabilitation** V. 15, p. 1-12, 2008.

SIENGSUKON, C.F; BOYD, L.A. Sleep to learn after stroke: implicit and explicit off-line motor learning. **Neurosci Lett.** V. 451, p. 1–5, 2009.

ISBN 978-65-86901-26-9

STERR, A. *et al*. Time to wake-up: Sleep problems and daytime sleepiness in long-term stroke survivors. **Brain Injury,** 2008.

SEGURA, A.C.D. *et al* . A evolução da marcha através de uma conduta cinesioterapêutica em pacientes hemiparéticos com sequela de AVE. **Arq Ciência Saúde Unipar**. V. 12, p. 25-33, 2008.

SCHMIDT, M.I. *et al*. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**. V. 377, p. 1949-61, 2011.

STOKES, M. **Neurologia para Fisioterapeutas**. São Paulo; 2000.

TEIXEIRA, I. N. Cortical aging and neural reorganization following cerebral vascular accident: implications for rehabilitation. **Cien Saude Colet**. V. 2, p. 2171-2178, 2008.

WALLACE, D. M. *et al*. Sleep disorders and stroke. **International journal of stroke**. V. 7, p. 231-42, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease 2013-2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013. Available Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 23, p. 599-608, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva: World Health Organization; 2005.

WRIGHT K.P. *et al*. Sleep and wakefulness out of phase with internal biological time impairs learning in humans. **J. Cogn. Neurosci**. V. 18, p. 508–521, 2006.

WORLD STROKE ORGANIZATION (WSO). Annual Report, 2019. Disponível em: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/WSO_2019_Annual_Report_online.pdf. Acesso em 06/07/2020.

# AVALIAÇÃO DO DIABETES COMO CAUSA DE MORTES EM IDOSOS DO BRASIL

Radmila Raianni Alves Ribeiro[1]
Adriana Raquel Araújo Pereira Soares[2]
Maria do Carmo Guimarães Porto[3]
Fábio Rodrigo Araújo Pereira[4]

**Resumo: INTRODUÇÃO**: O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença de múltiplas etiologias que afeta indivíduos de todas as raças/cor, escolaridade, sexo, idade e/o condição social, capaz de reduzir a qualidade de vida e elevar mortalidade na população. Estima-se que no Brasil, dos 9,1 milhões de diabéticos, 40%, têm 60 anos ou mais. **OBJETIVO:** Avaliar a ocorrência de óbitos de idosos brasileiros em decorrência do diabetes Tipo 1 e tipo 2 entre os anos de 2014 a 2018. **METODOLOGIA:** É um estudo quantitativo da mortalidade de idosos (≥ 60anos) brasileiros por diabetes tipos 1 e 2 em hospitais, avaliados por região e de acordo com sexo, escolaridade e raça segundo os dados do SIM/DATASUS (2014-2018). **RESULTADOS:** No Brasil, 21.621 idosos morreram por diabetes tipo 1= 6.479 e diabetes Tipo 2= 15.142, com uma média de 4.324 mortes/ano. Houve mais óbitos de mulheres (57,03%). Entre as regiões brasileiras, o Sudeste (28,34%) e Nordeste (26,18%) foram as que apresentaram maiores valores. A Bahia (25,72%) foi o estado nordestino com maior mortalidade. A Paraíba ocupou a sexta posição em número de óbitos nessa mesma região. Indivíduos com baixa escolaridade (1 a 7 anos) morreram aproximadamente 2x e 4x mais que analfabetos e que os idosos

1 Nutricionista/ Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, radmilaraianni@gmail.com;

2 Enfermeira/Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, dinha_raquel@hotmail.com;

3 Farmacêutica Bioquímica/Graduanda em Medicina pela UniFIP- Patos/PB, mariaporto.med1@gmail.com

4 Orientador/Doutorando em Agronomia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, fabiorodrigopereira@hotmail.com.

com alta escolaridade, respectivamente. Nesse estudo, registrou-se mais óbitos entre idosos brancos (52,5%) e pardos (37,8%), contrastando com outros trabalhos sobre DM que também avaliaram raça/cor dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Diabetes Tipo I, Diabetes Tipo II, Mortalidade.

## Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) definido, segundo Macedo et al. (2020), como um distúrbio de múltiplas etiologias resultante de defeitos e ineficácia da insulina secretada pelo pâncreas ocasionando a resistência insulínica.Essa hiperglicemia persistente, está associada à complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade.

Nos últimos anos, o DM vem se tornando um problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento dos países. Entre 2013 e 2015, a Federação Internacional de Diabetes (FID), já estimava que 8,8% da população, com idade de 20 a 79 anos, convivia com a doença que era responsável por 14,5% da mortalidade por todas as causas, e que a cada sete segundos uma pessoa morria em decorrência da diabetes, sendo que 50% eram pessoas idosas (ATLAS, 2015; BROWN et al., 2002).

Caso não tenha-se um controle da patologia, em 2040 serão cerca de 642 milhões de pessoas afetadas por diabetes em todo o mundo (CRUZ, 2017), com aumento dos casos principalmente entre idosos, devido ao processo de envelhecimento, que afeta a qualidade de vida, autonomia e independência do indivíduo na terceira idade. Para o Brasil, a expectativa é que em 2030 tenha-se 11,3 milhões de diabéticos, podendo chegar a aproximadamente 23,3 milhões de portadores em 2040 (FREITAS et al., 2020; MORAES; VAZ; CASTRO, 2017).

Trata-se de uma doença indiscriminada, capaz de afetar indivíduos de todas as raças/cor, escolaridade, sexo, idade e/o condição social. Estima-se que no território brasileiro, dentre os 9,1 milhões de diabéticos, em torno de 3,5 milhões (40%) têm 60 anos ou mais (IBGE, 2013). Campolina et al. (2013) atentam que, o aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional e a mudanças no perfil epidemiológico, são preocupações não só do Brasil, mas de todos os países, pois, os idosos sofrerem com maior predisposição às DCNT, o que, segundo Oliveira (2010), compromete a qualidade de vida da pessoa idosa, podendo levá-los à morte.

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS,1998), utiliza a etiologia para classificar o DM em insulino dependente e não-dependente, respectivamente para o diabetes mellitus tipo 1 e

ISBN 978-65-86901-26-9

diabetes mellitus tipo 2 (DM2); e diabetes gestacional e pré-diabético (SBD, 2017).

O diabetes mellitus tipo 1 ou insulino dependente caracteriza-se como uma doença autoimune, poligênica, na qual o sistema de defesa do corpo destrói as células β-pancreáticas, ocasionando deficiência completa na produção de insulina, porém existem casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo, portanto, referidos como forma idiopática de DM1 (ATLAS, 2015). Já o Diabetes Mellitus tipo2 (DM2) possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético/ambiental, correlacionados ao estilo de vida. É tipo mais comum de diabetes, acometendo principalmente indivíduos a partir da quarta década de vida (IDF, 2015; MENDES, 2011).

É uma herança quantitativa, ainda não esclarecida completamente, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais como hábitos dietéticos, envelhecimento e sedentarismo, que contribuem para obesidade, sendo portanto, fatores de risco principais (SBD, 2017; KLEIN, 2015). O desenvolvimento da hiperglicemia ocorre em conjunto com a resistência dos tecidos periféricos a ação da insulina, aumento na produção hepática de glicose, disfunção incretínica, aumento da lipólise e consequente aumento de ácidos graxos livres circulantes, aumento na reabsorção renal de glicose e graus variados de deficiência na síntese e na secreção de insulina pela célula β-pancreática (ABDUL-GHANI, 2017).

Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a ocorrência de óbitos de idosos brasileiros em decorrência do diabetes Tipo 1 e tipo 2, no período de 2014 a 2018.

## Metodologia

Corresponde a um estudo quantitativo segundo o sistema de informação de mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde, sobre a mortalidade de idosos brasileiros com faixa etária igual ou superior a 60 anos, em hospitais do país, entre os ano de 2014 a 2018, por diabetes tipo 1 e tipo 2.

Foram avaliados óbitos no Brasil e por regiões e unidade da federação. Empregou-se as seguintes variáveis: Diabetes Tipos I e II, Sexo; Escolaridade (ANALFABETOS; BAIXA ESCOLARIDADE =1 a 7 anos; ALTA ESCOLARIDADE = 8 anos ou mais) e raça.

ISBN 978-65-86901-26-9

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel (Microsoft Office®, EUA, 2010), e expressos com emprego de estatística descritiva.

Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa.

## Resultados e discussão

No Brasil, verificou-se no período estudado que 21.621 idosos brasileiros foram à óbito nos hospitais em decorrência de algum tipo de diabetes (tipo 1 ou Tipo 2), com uma média anual de 4.324 mortes. Durante os cinco anos, houve um crescimento médio de 617 mortes/ano.

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência da doença, pode explicar, mesmo que parcialmente, esse crescimento da mortalidade. Também é importante destacar que fatores como sedentarismo, alimentação excessiva em gorduras trans e saturadas, carboidratos refinados e sódio, sobrepeso e obesidade, gordura visceral, tabagismo e o uso abusivo de álcool, podem ser determinantes para o desenvolvimento da doença, contribuindo para mortalidade decorrente do diabetes (TANAKA et al. 2011; NEELAND et al. 2012; ROEDIGER et al. 2018). Estudos de Costa et al. (2004) entre 1996 e 2000 já evidenciavam um aumento nessas taxas de mortalidade por diabetes.

Ao avaliar-se individualmente cada os tipos de diabetes que afetavam mais os idosos, observou-se que, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (Categoria CID-10), 70,03% dos óbitos (15.142) foram por diabetes mellitus tipo 2 ou não-insulino dependente (Figura 1), similarmente ao que foi verificado por Magalhães et al. (2017). Isso corrobora com o que diz a Sociedade Brasileira de diabetes (2015-2016) e a ADA (2015), ao afirmarem que esse tipo é responsável por 90 a 95% dos casos da doença.

Brown et al. (2002), diz que pelo fato das complicações do DM surgirem tardiamente, há um menor reconhecimento da sua severidade por parte dos pacientes, e consequentemente, maior resistência à modificações no estilo de vida. Além disso, a elevação anual da prevalência, e consequentemente da taxa de mortalidade, está associado também às rápidas mudanças culturais e sociais, às mudanças nos hábitos alimentares, ao sedentarismo e aos estilos de vida não saudáveis, bem como a outros padrões comportamentais (FREITAS et al., 2020; MIRANDA, 2016).

ISBN 978-65-86901-26-9

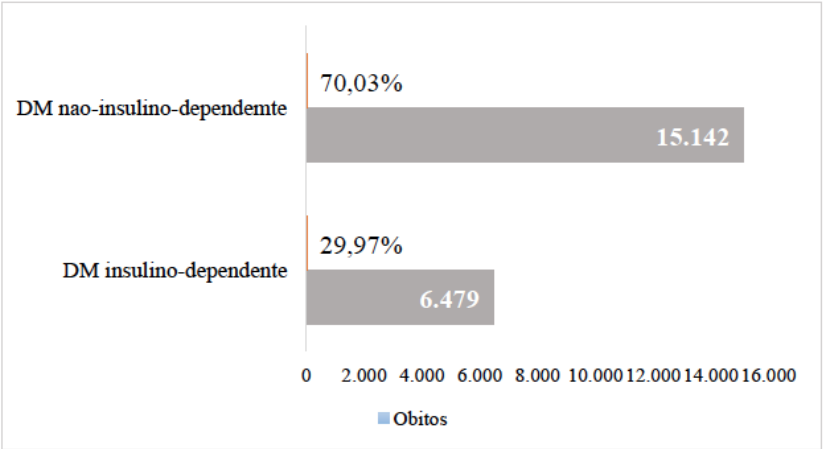
De acordo com Costa e colaboradores (2017), para se evitar agravos, é necessário haja mudanças nos comportamentos diários que são prejudiciais, bem como, estímulo à prática de atividades físicas, de consultas periódicas aos serviços de saúde público ou privado, e seguir corretamente a terapia medicamentosa ou não, acompanhada da prescrição médica. Contudo, é preciso a aceitação e a conscientização sobre a doença e enfrentamento efetivo, a fim de melhorar ou manter a qualidade de vida, promoção de saúde e a prevenção de agravos subsequentes. Nas últimas décadas, numerosas variantes genéticas associadas a DM2 foram identificadas, mas ainda há uma grande proporção da herança não genética (SBD, 2015-2016).

Os resultados obtidos, ainda confirmam o que Sartorelli e Franco descreviam em 2003 quando tratavam do diabetes mellitus tipo 2 como um grande problema de saúde pública em todo o mundo, por ser uma das DCNT com maior prevalência entre os idosos, pela alta morbidade e por ser um dos principais fatores de risco cardiovascular (FIGUEIREDO; DAMASCENO; VASCONCELOS, 2020) e cerebrovascular (SANTOS et al., 2017). Além disso, Oliveira e Franco (2010) também enfatizavam que a alta prevalência do DM2 na população com 60 anos ou mais, pode levar também à outras complicações como retinopatia, nefropatia, neuropatia (SANTOS et al., 2015) e amputações (XAVIER; NÓBREGA, 2020) capazes de comprometer a qualidade de vida deste grupo, e levá-los a óbito.

É importante destacar que o conhecimento e o diagnóstico precoce da doença pode ser um fator fundamental, para o tratamento e redução dos casos de mortalidade pela doença, já que, em grande parte dos casos, o DM2 está associado a outras comorbidades. Ceolin e Biase (2011) relatam que isso pode ser favorecido com o empenho dos profissionais da saúde que devem orientar não só os portadores de DM2, mas também seus familiares a manterem um estilo de vida saudável, baseada em alimentação balanceada, prática de atividades físicas e realização de exames periódicos, a fim de detectar precocemente a doença e prevenir suas complicações.

ISBN 978-65-86901-26-9

Figura 1. Mortalidade de idosos por diabetes (I e II) no Brasil (2014 a 2018).




Ao se tratar do sexo dos idosos, identificou-se que há uma prevalência entre as mulheres brasileiras (57,03%) em relação aos indivíduos do sexo masculino (42,97%), para os anos avaliados (Tabela 1).

Os resultados encontrados neste estudo, estão de acordo com os achados por Coeli et al. (2002), onde foi encontrado maior mortalidade por diabetes entre as mulheres. Outros trabalhos indicam também, que essa é uma patologia que afeta mais mulheres, como é dito por Lima Neta e Vasconcelos (2020); Buse et al. (2002); Wild et al. (2004); Freitas e Garcia (2012); e Groff et al. (2011) e Kasper et al. (2018) que estudaram a adesão de pacientes diabéticos à tratamentos em Santa Catarina e Rio grande do Sul, respectivamente. Os autores ressaltam ainda que, essa maior frequência pode ser indicada porque as mulheres buscam em maior proporção os serviços de saúde, influenciando portanto, no diagnóstico e consequentemente no registro de óbitos pela doença, posteriormente.

Tabela 1. Caracterização de óbitos de idosos por DM, segundo sexo.

| **Indivíduos (Sexo)** | **ANO** | | | | | **Total** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | |
| Masculino | 1.427 | 1.406 | 1.699 | 2.189 | 2.570 | **9.291** |
| Feminino | 1.929 | 2.087 | 2.254 | 2.805 | 3.255 | **12.330** |

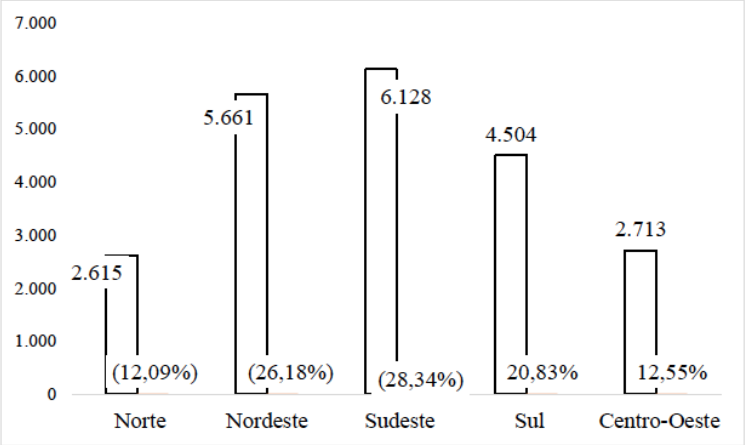
No que se refere às regiões brasileiras (Figura 2), observou-se que há maior número de óbitos no Sudeste e Nordeste do país, com 6.128 (28,34%) e 5.661 (26,18%), respectivamente (Figura 3).

ISBN 978-65-86901-26-9

Os valores obtidos, também estão de acordo com os dados apresentados por Mattos et al. (2012), o qual diz existir maior mortalidade por diabetes nas capitais do Nordeste e menor nas capitais do Norte. Rosa et al. (2007), alerta que pacientes hospitalizados por diabetes teriam duas vezes mais chances de morrer nas regiões Nordeste e Sudeste quando comparados à região Sul e que desigualdades regionais existentes, contribuem para as divergências no quanto ao acesso e utilização dos serviços de saúde pelos brasileiros.

Tais características e valores poderiam ser explicadas devido a maior prevalência de obesidade e sedentarismo, desigualdades regionais e na utilização dos serviços de saúde e padrões negativos de alimentação, com ingestão de gorduras saturadas, açúcares, processados e industrializados e baixa ingestão de fibras, frutas e alimentos in natura. Esses fatores podem não só favorecer o aparecimento da doença, mas também agravar o estado do diabético (SIQUEIRA, 2007; ABRANTES, 2002; WHO, 2000).

Figura 2. Ocorrência de mortes de idosos por DM nas regiões brasileiras.



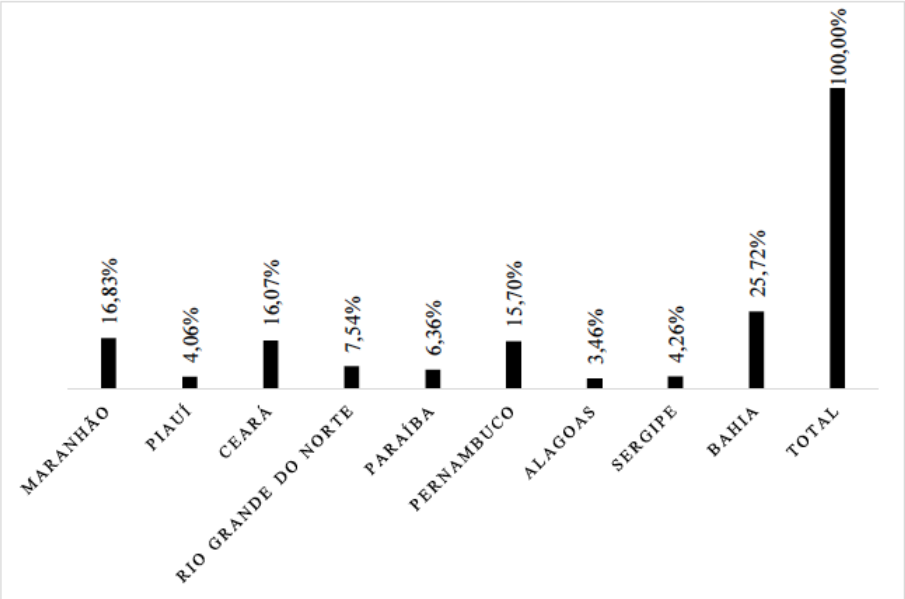

Já quando se refere mais especificamente ao nordeste brasileiro, observou-se que o estado da Bahia foi o que mais registrou óbitos de idosos por diabetes (2014 a 2018) com 25,72% (1.456) dos casos (Figura 3). Em contraste, Alagoas foi o de menor valor com 3,46% ou 196 óbitos. Em uma pesquisa de avaliação do perfil epidemiológico do DM na região, Macedo e colaboradores (2019), verificaram que a patologia é uma DCNT incidente na população baiana. Nesse estudo eles identificaram que dos nove estados nordestinos, a Bahia foi o que apresentou maior número de casos de DM, tanto para a forma diabética tipo 1 como para a tipo 2.

ISBN 978-65-86901-26-9

A Paraíba foi o estado que ocupou a sexta posição em número de casos, porém, precisa que se tenha mais atenção e investimentos que ajudem no combate ao diabetes no estado, tornando conhecida os perigos desencadeados pela doença, especialmente para idosos, mas também, as formas de combater e prevenir a sua evolução, minimizando portanto, o crescimento dos óbitos em decorrência da DM na região.

Menezes et al. (2014) ao realizarem pesquisa com idosos de Campina Grande (PB), sobre diabetes e fatores associados, chamaram a atenção para a doença que exige tratamento e controle contínuos, ressaltando a importância de estimar a prevalência do DM e seus fatores associados na população idosa, a fim de desenvolver estratégias que promovam mudanças de comportamentos relacionados à saúde e exercer importante papel em sua prevenção.

Figura 3. Porcentagem de óbitos em idosos nordestinos por DM de 2014 a 2018.




Quanto à escolaridade dos idosos (Tabela 2), observou-se que os indivíduos de baixo nível escolar morrem por DM quase duas vezes mais que os analfabetos e quase quatro vezes mais que aqueles com alta escolaridade. Embora, esses últimos, tenham menores valores de mortalidade, é preciso destacar que os casos crescem anualmente no Brasil, independente da categoria ou nível escolar em que o idoso esteja categorizado.

ISBN 978-65-86901-26-9

Outros estudos sobre diabetes, como os de Ribeiro et al. (2020); Tormas et al. (2020); Stopa et al. (2019); Dias et al. (2018); Menezes et al. (2014); Mendes et al. (2011); Goldenberg; Schenkman e Franco (2003) e Coeli et al. (2002), mostram também que há influência da escolaridade em relação à doença. Nesse sentido, medidas de rastreamento, diagnóstico, prevenção e controle, devem ser desenvolvidas, para que, haja uma maior adesão do público em geral, desde os analfabetos até os de alta escolaridade, aos mecanismos de combate ao DM no país.

Tabela 2. Óbitos por DM no Brasil de acordo com o grau de escolaridade dos idosos.

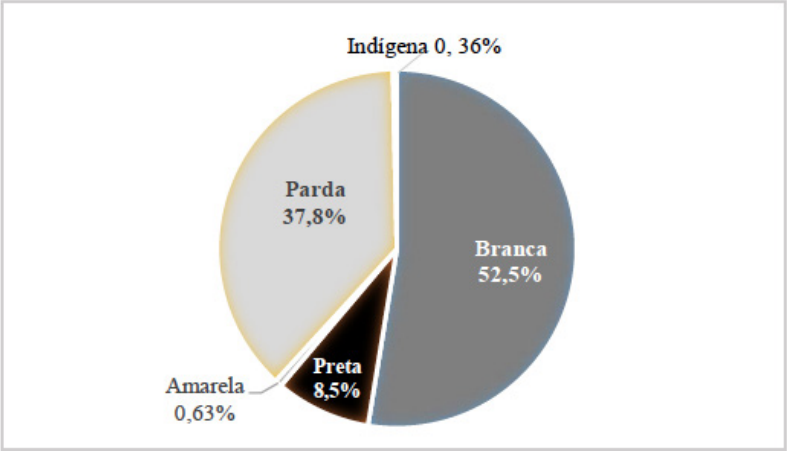
| **Escolaridade dos indivíduos** | **ANO** | | | | | **TOTAL** | **Média de óbitos/Ano** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | | |
| ANALFABETOS | 988 | 1.052 | 1.172 | 1.491 | 1.563 | 6.266 | 1.253 |
| BAIXA | 1.945 | 1.965 | 2.201 | 2.725 | 3.280 | 12.116 | 2.423 |
| ALTA | 423 | 476 | 580 | 778 | 982 | 3.239 | 647,8 |
| TOTAL | 3.356 | 3.493 | 3.953 | 4.994 | 5.825 | 21.621 | |

Sobre a raça/cor (Figura 4), verificou-se que mais de 50% dos óbitos, desse período, ocorreram entre brancos, seguido por pardos (37,8%) e Pretos (8,5%). Diferente do que foi observado nesse estudo, Salin e colegas (2019) ao realizarem uma pesquisa no estado de Rondônia, viram que 48%, 20% e 18% dos portadores de DM tipo 2, eram pardos, negros e brancos, respectivamente. Moretto et al. (2016), ao realizarem outro trabalho com idosos, verificaram nos diabéticos uma associação da doença com a cor/raça preta e a obesidade geral, fator de risco do DM, mas, ressalta importância de políticas públicas com estratégias individualizadas e direcionadas às especificidades de cada grupo racial na busca pela promoção à saúde.

Vale a pena dizer que a auto declaração da raça/cor pode ainda trazer controvérsias, pois não há um critério bem definido, entre os indivíduos, que possa colaborar com a realidade de acometimento da população pelo diabetes, seja na hora da internação e/ou atendimentos médicos, especialmente quando se trata de indivíduos ou familiares, de baixa condição social, pouca ou sem escolaridade, seja no preenchimento de fichas/sistemas de informação, pelos profissionais de saúde nos pronto-atendimentos ou hospitais.

ISBN 978-65-86901-26-9

Figura 4. Mortalidade de idosos brasileiros de acordo com raça/cor.




## Considerações finais

O aumento da mortalidade de idosos brasileiros por diabetes (Tipo 1 ou tipo 2) demonstram ainda que há fragilidade no sistema de saúde do país e acentuam a necessidade de melhorias das medidas de prevenção e promoção da saúde.

O desenvolvimento de ações governamentais precisam acontecer em todo o país com apoio regional, para proporcionar e ampliar o conhecimento populacional sobre *Diabetes melitus*, visando reduzir o número de casos da doença, favorecer o tratamento e minimizar os óbitos em sua decorrência, principalmente entre os idosos.

Associação entre instituições públicas e privadas de saúde, bem como aquelas formadoras de profissionais, devem ocorrer de forma que as ações planejadas cheguem efetivamente às comunidades menos favorecidas por meio atividades lúdicas e atrativas, extracurriculares e multidisciplinares, que despertem nas pessoas melhoria no estilo de vida, com estímulo a realização de atividades físicas, consumo de dietas nutricionalmente adequadas e busca por assistência médica, visando o diagnóstico e tratamento precoces de doenças como o diabetes, promovendo o envelhecimento saudável e maior longevidade.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABDUL-GHANI, M.; DEFRONZO, R. A. É hora de mudar o paradigma de tratamento do diabetes tipo 2? Sim! Os GLP-1 RAs devem substituir a metformina no algoritmo de diabetes tipo 2. **Diabetes care**, v. 40, n. 8, p. 1121-1127, 2017.

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; COLOSIMO, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste. **J pediatr**, v. 78, n. 4, p. 335-40, 2002.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. v. 1, n. 1, p. 8-16, 2015.

ATLAS, Diabetes. **International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas**, 7th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2015.

BROWN, J. B.; HARRIS, S. B. ; WEBSTER-BOGAERT, S. ; WETMORE, S. ; FAULDS, C. ;STEWART, M. . The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. **Family practice.** v. 19, n. 4, p. 344-349, 2002.

BUSE, J.B.; POLONSKY, K.S.; BURANT, C.F. In: LARSEN, H.M.; KRONENBERG, M.; POLONSKY. K.S. **Williams Textbook of Endocrinology**. Philadelphia. p.1427-83, 2002.

CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.;LEBRAO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 29, p. 1217-1229, 2013.

CEOLIN, J.; BIASE, L. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **Perspectiva, v.** 35, n. 129, 2011.

COELI, C. M.; FERREIRA, L.G. F. D.; DRBAL, M. M.; VERAS, R. P.; CAMARGO JR, K. R.; CASCÃO, A. M. Mortalidade em idosos por

diabetes mellitus como causa básica e associada. **Revista de Saúde Pública,** v. 36, p. 135-140, 2002.

COSTA, S. S. 1 ROSALES, R. A.; ÁVILA, J. A.; PELZER, M. T.; LANGE, C. Adesão de idosos com diabetes mellitus à terapêutica: revisão integrativa. **Cogitare enfermagem**. v. 22, n. 3, 2017.

CRUZ, R. S. **Adesão à Terapêutica, Tolerabilidade aos Antidiabéticos Orais e Qualidade de Vida na Diabetes Mellitus Tipo 2**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra. DIABETES, SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015–2016). **AC Farmacêutica,** São Paulo, 2016.

DIAS, S. M.; GOMES, H.G.; MEDEIROS, J. S. N.; CARMO, T. J. A. V.; ROCHA, J. G. O.M. Níveis de conhecimento de pacientes diabéticos sobre a Diabetes Mellitus tipo II. **R. Interd**. v. 11, n. 3, p. 14-21, 2018.

FIGUEIREDO, T. S. G.; DAMASCENO, T. C. R. L.; VASCONCELOS, F. C. Risco cardiovascular em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos em um ambulatório de nutrição na cidade de Belém-PA. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**.v.12, n. 7, 2020.

FREITAS, L.R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 21, n. 1, p. 07-19, 2012.

FREITAS, R. M.; PEREIRA, V. B.V.; COTRIM, M. M.; GONÇALVES, E.; MARTINS, A. M.E.B.L. Avaliação do perfil clínico e prática de atividades físicas em idosos diabéticos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v.48, 2020.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 6, p. 18-28, 2003.

GROFF, D. P.; SIMÕES, P. W. T. A.; FAGUNDES, A. L. S. C. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metropol de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.40, n. 3, 2011.

IBGE (2017). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 <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 20/06/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, grandes regiões e unidades da federação. **Pesquisa Nacional de Saúde**–PNS 2013, 2014.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF diabetes atlas. 6th Ed. **Brussels**: International Diabetes Federation; 2015.

KLEIN, E. C. DIABETES MELLITUS TIPO 1 ADQUIRIDO NA INFÂNCIA, E A IMPORTÂNCIA DA PROFISSIONAL FARMACÊUTICO. **FACIDER-Revista Científica.** n**. 7**, 2015.

LIMA NETA, M. A.; VASCONCELOS, M. I.O. Diagnóstico situacional de idosos com diabetes mellitus em um município do interior do Ceará, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.v.23, n. 1, 2020.

MACEDO, J. L.; BRITO, A. N. M.; CARVALHO, S. L.; OLIVEIRA, J. V. F.; BRITO, F. N. M.; PINHEIRO, A. O.; COSTA, P. V. C. Eficácia do tratamento dietoterápico para pacientes com diabetes mellitus. **Research, Society and Development**. v. 9, n.1, 2020.

MAGALHÃES, M. J. S.; MAGALHÃES, N. J. S.; OLIVEIRA, A. S.S.S.; MACEDO, J. L.; PEREIRA, I. C. Perfil epidemiológico do diabetes mellitus na população de um município maranhense. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. v. 9, n. 9, p. 795-802, 2017.

MATTOS, P. E.; LUZ, L. L.; SANTIAGO, L. M.; MATTOS, I. E. Tendência da mortalidade por diabetes melito em capitais brasileiras, 1980-2007. **Arq Bras Endocrinol Metabol**, v. 56, n. 1, p. 39-46, 2012.

MENDES, T. A. B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N. J.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L.G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1233-1243, 2011.

MENEZES, T. N.; SOUSA, N. D. S.; MOREIRA, A. S.; PEDRAZA, D. F. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba.**Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro. v. 17,n.4, p. 829-839,2014.

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, p. 507-519, 2016.

MORAES, D.P.B.; VAZ, G.K.S.A.; CASTRO, G.F.P. Aporte farmacêutico a portadores de diabetes tipo II. **Revista Transformar.** v. 10, p. 152-169, 2017.

NEELAND, I. J.; TURER, A. T.; AYERS, C.R.; POWELL-WILEY T. M.; VEGA, G. L. ; FARZANEH-FAR, R.; GRUNDY, S. M.; KHERA, A.; MCGUIRE, D. K.; LEMOS,J. A. Dysfunctional adiposity and the risk of prediabetes and type 2 diabetes in obese adults. **Jama**. v. 308, n. 11, p. 1150-1159, 2012.

OLIVEIRA, P. B.; L. J. FRANCO. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 54, n. 5, p. 455-462, 2010.

RIBEIRO, D. R.; CALIXTO, D. M.; SILVA, L. L.; ALVES, R. P. C. N.;SOUZA, L. M. C.. Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão em idosos. **Revista Artigos.Com**. v. 14, 2020.

ROEDIGER, M. A.; MARUCCI, M. F.N.; GOBBO, L. A.; DOURADO, D. A. Q. S.; SANTOS, J. L. F.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Diabetes mellitus referida: incidência e determinantes, em coorte de idosos do município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE–Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **Ciencia & saude coletiva**. v. 23, p. 3913-3922, 2018.

ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SOUZA, M. F. M.; LIMA, A. K.; MOURA, L. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001**. Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 10, p. 465-478, 2007.

SALIN, A. B.; BANDEIRA, M. S. N.; FREITAS, P. R. N. O.; SERPA, I. Diabetes Mellitus tipo 2: perfil populacional e fatores associados à adesão terapêutica em Unidades Básicas de Saúde em Porto Velho – RO. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**.v.33, 2019.

SANTOS, A. DE L.; CECÍLIO, H. P. M.; TESTON, E. F.; ARRUDA, G. O.; PETERNELLA, F.M. N.; MARCON, S. S. Complicações microvasculares em diabéticos tipo 2 e fatores associados: inquérito telefônico de morbidade autor referida. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 20, p. 761-770, 2015.

SANTOS, L. M.; SAMPAIO, J. R. F.; BORBA, V. F. C.; LUZ, D. C.R. P.; ROCHA, E. M. B. Avaliação do hábito alimentar e estado nutricional de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção básica de saúde do município de Porteiras-CE. **Revista E-Ciência**. v. 5, n. 1, p. 69-77,2017.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 19, p. S29-S36, 2003.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L.A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; HALLAL, P. C. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de saúde pública**. v. 24, p. 39-54, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **XII Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016** [acessado 2020 Jul 3]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf

STOPA, S. R.; CESAR, C. L. G.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM M. Uso de serviços de saúde para controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de São Paulo. REV BRAS EPIDEMIOL.v.22.2019.

TANAKA, T.; GJONÇA, E.; GULLIFORD, M. C. Income, wealth and risk of diabetes among older adults: cohort study using the English longitudinal study of ageing. **The European Journal of Public Health.** v. 22, n. 3, p. 310-317, 2011.

TORMAS, D. P.; SANTOS, D. A. S.; SOUZA, G. N. P.; FREITAS, A. F. S. C.; FARIA, F. R, GOULART, L. S. Hipertensão e/ou diabetes mellitus em uma estratégia saúde da família: perfil e associação aos fatores de risco. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde.** v. 9, n. 1, 2020.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R.; KING, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care.** v. 27; n.5, p. 1047-53, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009**. World Health Organization, 2009.

XAVIER, A. G.; NÓBREGA, W. F. S. Avaliação de sistemas de informação em saúde acerca do diabetes mellitus tipo ii. **Journal of Medicine and Health Promotion**. v.5, n. 2, p.78-87, 2020.

# EFEITO DA MOBILIZAÇÃO NEURAL EM INDIVÍDUOS COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Mírian Celly Medeiros Miranda David[1]
Dayenne Jeneffer Souza da Silva[2]

**Resumo: Introdução**: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das principais causas de incapacidade mundialmente. Na reabilitação, a mobilização neural (MN) apresenta baixo custo e de alta aceitabilidade, porém é pouco estudada em indivíduos com AVC. **Objetivo**: Investigar se a MN proporciona benefícios para indivíduos com AVC. **Método**: Trata-se de revisão integrativa realizada entre março e junho de 2020 nas bases PubMed, *ScienceDirect*, PEDro, Scielo e LILACS com os descritores: *stroke, poststroke, tonus, hemiparesis, neural mobilization, nerve mobilization, adverse neural tension, neural tension.* Incluiu-se estudos com indivíduos >18 anos; ambos os sexos; diagnóstico de AVC; intervenção através de MN; avaliação estatística pré e pós intervenção. Excluiu-se artigos incompletos, revisões da literatura, protocolos, estudos de caso ou estudos com animais; e indivíduos com outras patologias neurológicas motoras. **Resultados**: A busca resultou em 151 artigos, incluindo-se cinco artigos na revisão. A soma das amostras totalizou 73 sujeitos. Houve predominância do sexo masculino, média de 54 a 63 anos, a maioria dos indivíduos apresentou AVC crônico, e mais casos de hemicorpo direito afetado. Verificou-se que a MN contribuiu para a força e flexibilidade de músculos do joelho, com melhora da marcha, equilíbrio e redução do risco de quedas. Além disso, a técnica foi capaz de promover plasticidade da área motora do hemisfério afetado pelo AVC. **Conclusão**: Sugere-se que a MN

1 Doutoranda e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, miriancelly@hotmail.com;

2 Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, dayenne.jeneffer@hotmail.com.

proporciona benefícios para os membros inferiores de indivíduos com AVC e é capaz de promover plasticidade cortical. Entretanto, mais estudos são necessários para verificar a reprodutibilidade destes resultados.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral, Envelhecimento, Fisioterapia, Mobilização Neural, Tensão Neural Adversa.

## Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um distúrbio focal da função cerebral, com origem isquêmica ou hemorrágica, apresentando início súbito e duração maior que 24 horas. O AVC é uma das principais causas de morte e incapacidade funcional no mundo, o que gera considerável impacto econômico para os fundos públicos (JOHNSON et al., 2016; CARMO; OLIVEIRA; MORELATO, 2016). No Brasil, é um problema de saúde pública, superando as doenças coronarianas (CORRIVEAU et al., 2004). Dependendo da magnitude da lesão e da região acometida, o AVC pode desencadear distúrbios sensoriais, motores e/ou cognitivos que, por sua vez, repercutem na funcionalidade, independência e qualidade de vida dos indivíduos acometidos, interferindo até mesmo na vida dos familiares e cuidadores (CESÁRIO; PENASSO; DE OLIVEIRA, 2006).

Além disso, tal patologia está intimamente relacionada com o aumento de fatores de risco associados a quedas, bem como com complicações sistêmicas em indivíduos com hemiparesia ou hemiplegia. Após o AVC, a capacidade física é reduzida em 40% quando comparado a indivíduos saudáveis da mesma faixa etária (MACKO et al., 2001). Portanto a independência dos indivíduos acometidos é prejudicada, principalmente em relação à locomoção e atividades funcionais, como sentar e levantar, subir e descer escadas, cuidados pessoais, entre outros. A espasticidade é uma das principais consequências do AVC que afeta o sistema musculoesquelético alterando o seu funcionamento. A espasticidade dificulta a reabilitação da função muscular, provoca dor, distúrbios articulares e movimentos compensatórios (CORRÊA et al., 2005).

Neste contexto, a mobilização neural é um grupo de técnicas que originaram-se dos testes diagnósticos propostos por Elvey para avaliação de tensão neural adversa (DE OLIVERIRA JUNIOR; TEIXEIRA, 2017). O objetivo da mobilização neural é a restauração do equilíbrio entre o movimento dos tecidos neurais e os limites mecânicos adjacentes, permitindo redução de pressões intrínsecas no tecido neural, para proporcionar a função nervosa adequada (SHIN; CHON, 2015). Para isto, as técnicas de mobilização neural visam colocar o neuroeixo em tensão e "alongá-lo" através posturas específicas, seguido da aplicação de movimentos rítmicos e lentos visando nervos periféricos e a medula espinhal (CASTILHO et al., 2012).

Nervos danificados provocam tensão adversa que repercute em todo o sistema nervoso com limitação do movimento e prejuízo da capacidade de

adaptação do corpo inteiro, não apenas a área lesionada (ZAMBERLAN; KERPPERS, 2007). Assim, quando um nervo é mobilizado, sua área transversal é ligeiramente reduzida, afetando o fluxo microvascular intraneural que, por sua vez, melhora a função neural. Isto ocorreria devido a mobilização reduzir a pressão sobre os nervos e resultar em aumento do fluxo sanguíneo para os mesmos, o que melhoraria o fluxo axoplasmático e a condução nervosa (NEE; BUTLER, 2006). Além disso, a partir do pressuposto que o sistema nervoso é contínuo, o comprimento do canal medular também sofre alterações durante as técnicas de mobilização neural (WALSH, 2005; CASTILHO et al., 2012).

A respeito da mobilização do nervo ciático, por exemplo, esta melhora a adaptabilidade e flexibilidade a longo prazo desde nervo (CLELAND et al., 2006). Da mesma forma, esta mobilização pode contribuir para o aumento da flexibilidade do indivíduo, não apenas devido à elasticidade muscular, mas também pela extensibilidade do tecido conjuntivo (FASEN et al., 2009; VALENTE et al. 2014). Além disso, observa-se também que a atividade muscular aumenta durante a aplicação da técnica de mobilização nervosa, o que poderia potencializar a força muscular (BOYD et al., 2009). Em termos de membros superiores, verificou-se que a mobilização neural promove melhor recrutamento muscular, manutenção da força e resistência dos músculos flexores do punho e dedos (MACIEL et al., 2012).

Em termos de práticas clínicas da fisioterapia em indivíduos com AVC, sabe-se que a mobilização neural é umas das variadas técnicas empregadas no processo de reabilitação. Entretanto, pouco se sabe sobre os artigos científicos que investigaram os efeitos da mobilização neural nas sequelas do AVC. Até onde sabemos no momento, não existem revisões integrativas a respeito dos estudos com mobilização neural para reabilitação de indivíduos com sequelas de AVC. Assim, conhecendo a importância da prática da Fisioterapia baseada em evidências, a presente revisão integrativa objetivou investigar se a mobilização neural proporciona benefícios para indivíduos com AVC.

## Metodologia

O presente estudo trata-se de revisão integrativa da literatura, a qual foi estruturada para responder à seguinte questão de pesquisa "a mobilização neural proporciona benefícios para indivíduos com AVC?". Para responder a esta questão, realizou-se o levantamento da literatura entre os meses de março e maio de 2020 nas bases de dados PubMed, *ScienceDirect*, PEDro, Scielo e

LILACS. Para estruturação da equação de busca, considerou-se a seguinte estratégia PICOT (acrônimo para *Population, Intervention, Control, Outcomes, Type of study*): P= pacientes com AVC; I= mobilização neural; C= placebo ou ausência de intervenção; O= espasticidade, marcha, força, dor, amplitude de movimento, atividade cerebral, distribuição de peso corporal e equilíbrio; T= estudos de intervenção terapêutica. As equações de buscas adaptadas para cada base de dados encontra-se na Tabela 1.

Como critérios de elegibilidade para a seleção dos artigos, incluiu-se os estudos com:

- Adultos (>18 anos) de ambos os sexos;
- Indivíduos diagnosticados com AVC;
- Intervenção através de técnicas de mobilização neural isolada; ou em associação com outras técnicas (neste caso, deveria haver um grupo controle com a mesma intervenção, exceto a mobilização neural para efeito de comparação);
- Avaliação estatística para as medidas pré e pós intervenção.

Como critérios de exclusão, adotou-se: estudos incompletos, revisões da literatura, protocolos, estudos de caso ou estudos com animais. Além disso, desconsiderou-se também estudos com indivíduos que apresentassem outras patologias neurológicas motoras. Não houve limitação de ano de publicação ou de idiomas.

**Tabela 1. Equações de busca de acordo com as base de dados.**

| Base de Dados | Equação de Busca |
|---|---|
| PubMed | *(((((((((stroke[Title/Abstract]) OR poststroke[Title/Abstract]) OR tonus[Title/Abstract]) OR hemiparesis[Title/Abstract]) AND neural mobilization[Title/Abstract]) OR nerve mobilization[Title/Abstract]) OR adverse neural tension[Title/Abstract]) OR neural tension[Title/Abstract]))* |
| *ScienceDirect* | *(stroke OR poststroke OR tonus OR hemiparesis) AND (neural mobilization OR nerve mobilization OR adverse neural tension OR neural tension)* |
| *Physiotherapy Evidence Database* (PEDro) | *stroke AND nerve AND mobilization* |
| *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) | *(stroke OR poststroke OR tonus OR hemiparesis) AND (neural mobilization OR nerve mobilization OR adverse neural tension OR neural tension)* |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | |
|---|---|
| Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) | *stroke AND nerve AND mobilization* |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A seleção dos artigos ocorreu em duas etapas por dois pesquisadores de forma independente. Primeiramente, ocorreu a seleção através da leitura de títulos e resumos, após esta etapa os pesquisadores se reuniram para comparar suas decisões e realizar a calibragem dos artigos selecionados, resolvendo possíveis discordâncias. Em seguida, realizou-se a seleção dos artigos resultantes através de leitura na íntegra pelos mesmo pesquisadores, de forma independente. Da mesma forma, ao final houve a calibração das decisões entre os pesquisadores e resolução de possíveis discordâncias. Em ambas etapas de seleção, caso as discordância permanecessem, um terceiro pesquisador optaria pela inclusão ou não do artigo. Vale salientar que artigos relevantes que não estavam indexados em bases de dados foram incluídos como literatura cinzenta, bem como, buscou-se artigos na lista de referência dos estudos selecionados.

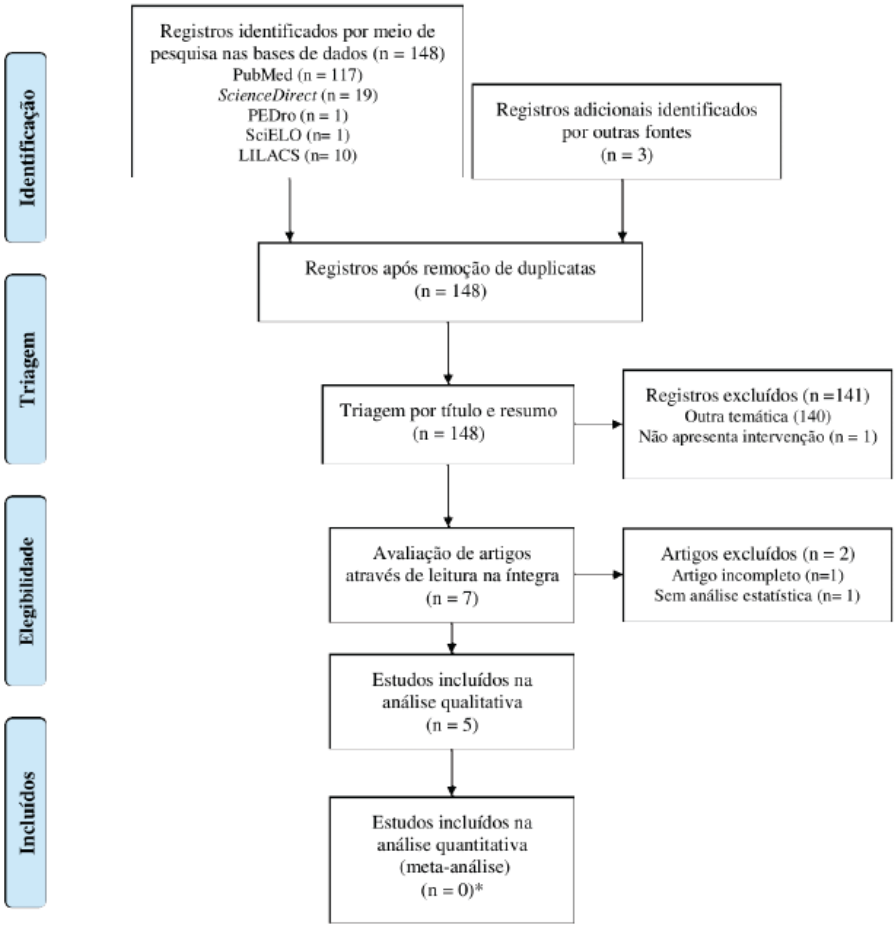
A extração dos dados dos artigos selecionados ocorreu por dois pesquisadores de forma independente. Os mesmos extraíram as informações dos artigos e preencheram uma planilha de Excel de acordo com os itens: tamanho da amostra, sexo prevalente, idade, tipo de AVC, tempo de AVC, hemicorpo afetado, outras características clínicas, instrumentos para avaliação, desenho do estudo, técnica(s) de mobilização neural empregada e resultados obtidos. Em seguida, os pesquisadores confrontaram suas planilhas e entraram em um acordo sobre a extração de dados.

Os artigos foram avaliados quanto aos métodos utilizados através da Escala PEDro elaborada pela *Physiotherapy Evidence Database* pelos dois pesquisadores de modo independente. A Escala PEDro baseia-se na lista de Delphi (VERHAGEN et al., 1988), uma lista de critérios para avaliação da qualidade de ensaios clínicos para a realização de revisões da literatura. Os critérios baseiam-se na validade externa (critério 1), validade interna (critérios 2 a 9), informações estatísticas suficientes para interpretação dos resultados (critérios 10 a 11).

## Resultados e discussão

A busca nas bases de dados resultou em 148 artigos, acrescido de mais três artigos relevantes não indexados (literatura cinzenta). Após triagem pelo critérios de elegibilidade, foram incluídos 5 artigos na revisão, com concordância de 100% entre os pesquisadores na etapa de seleção por leitura na íntegra (Figura 1). Quanto à avaliação da qualidade dos artigos através da Escala PEDro, verificou-se média de seis pontos, correspondendo à qualidade moderada (Tabela 2).

**Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos.**




Fonte: Dados da Pesquisa (2020). *A revisão não contou com meta-análise devido à heterogeneidade dos estudos incluídos.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Tabela 2. Avaliação da qualidade dos estudos através da Escala PEDro.**

| Estudos | C1 | C2 | C3 | C4 | C5 | C6 | C7 | C8 | C9 | C10 | C11 | Total | Média |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CASTILHO et al. (2012) | S/S | N/N | N/N | S/S | N/N | N/N | N/N | S/N | S/S | N/S | S/N | 5/4 | 4,5 |
| CHA; CHO; CHOI (2014) | S/S | S/N | S/N | S/S | N/N | N/N | N/N | S/N | S/S | S/S | S/N | 8/4 | 6,0 |
| KANG et al. (2018) | S/S | S/S | S/N | S/S | N/N | N/N | N/N | S/N | S/S | S/S | S/S | 8/6 | 7,0 |
| SHIN; CHON (2015) | S/S | S/S | S/N | S/S | N/N | N/N | S/N | S/N | S/S | S/S | S/S | 9/6 | 7,5 |
| SOUZA et al. (2019) | S/S | N/S | N/N | N/S | N/N | N/N | N/N | S/N | S/S | N/S | S/S | 4/6 | 5,0 |

Fonte: Dados da Pesquisa (2020). C= Critério; S= Sim; N= Não.

A soma das amostras dos estudos incluídos totalizou em 73 indivíduos (10 destes não receberam mobilização neural). Entre os estudo que relataram o sexo dos indivíduos, houve predominância do sexo masculino, a média de idade da amostra esteve entre 54 e 63 anos, a maioria dos casos correspondeu ao AVC crônico (>6 meses), e com o hemicorpo direito afetado foi o mais prevalente.

**Tabela 3. Caracterização da amostra dos estudos.**

| Estudos | Amostra (sexo prevalente) | Idade (média ± DP) | Tipo de AVC | Tempo de AVC | HC afetado | Outras características clínicas |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CASTILHO et al. (2012) | 6 (4M) | 54,16 ± 7,9 | - | Média de 4 anos | - | **EAM**<br>1 ou 2 para flexores de cotovelo no MS acometido |
| CHA; CHO; CHOI (2014) | GC: 10 (6M)<br>GE: 10 (6M) | GC: 60,5 ± 11,2<br>GE: 63,0 ± 10,3 | GC:6I<br>GE:7I | GC: 26,5 ±12,8 meses<br>GE: 28,1 ±15,5 meses | GC:5D<br>GE:5D | **EAM**<br>GC: 0 a 1<br>GE: 0 a 1+<br>**MEEM**<br>GC: 27,7 ± 4,4<br>GE: 26,6 ± 3,9 |
| KANG et al. (2018) | GN: 10 (-)<br>GD: 10 (-) | GN: 62,4 ± 8,4<br>GD: 58,1 ± 6,1 | - | 3 a 6 meses | D | **MEEM**<br>GN: 26,2 ± 2,2<br>GD: 25,8 ± 2,0 |
| SHIN; CHON (2015) | 16 (9M) | 59,4 ± 12,7 | 9 H | 8,7 ± 12,2 meses | 11 E | **MEEM**<br>27,3 ± 2,7<br>**EEB**<br>48,3 ± 5,9<br>**FAC**<br>3,9 ± 0,8 |
| SOUZA et al. (2019) | 11 (-) | -$ | -# | - | 9 D | **EEB**<br>45,0 ± 11,0 |

ISBN 978-65-86901-26-9

Fonte: Dados da pesquisa (2020). DP= Desvio Padrão; AVC= Acidente Vascular Cerebral; HC= Hemicorpo; GC= Grupo Controle; GE= Grupo Experimental; M= Masculino; - = Não especificado; I= Isquêmico; D= Direito; EAM= Escala de Ashworth Modificada; MEEM= Mini Exame do Estado Mental; GN= Grupo com Mobilização Neural; GD= Grupo com Mobilização Neural Dinâmica; H= Hemorrágico; E= Esquerdo; EEB= Escala de Equilíbrio de Berg; FAC= *Functional Ambulation Category*; $= autores apenas relatam que os participantes possuíam entre 20 e 80 anos; #= autores relataram apenas que os participantes eram de ambos os sexos.

Quanto ao desenho dos estudos, dois estudos não apresentaram grupo controle (CASTILHO et al., 2012; SOUZA et al., 2019), um estudo comparou a mobilização neural estática com a dinâmica (KANG et al., 2018), um estudo *crossover* comparou a mobilização neural com o alongamento estático (SHIN; CHON, 2015), e outro comparou um grupo submetido à fisioterapia convencional com um grupo que realizou a fisioterapia associada à mobilização neural (CHA; CHO; CHOI, 2014). Três estudos realizaram mobilização do nervo ciático (CHA; CHO; CHOI, 2014; SHIN; CHON, 2015; SOUZA et al., 2019), um estudo realizou mobilização do nervo mediano (CASTILHO et al., 2012), e outro realizou mobilização dos nervos radial, mediano e ulnar (KANG et al., 2018). Dois estudos realizaram a mobilização em ambos os hemicorpos (CHA; CHO; CHOI, 2014; SOUZA et al., 2019), dois estudos realizaram a intervenção apenas no hemicorpo afetado (SHIN; CHON, 2015; KANG et al., 2018) e em um estudo mobilizou-se apenas o hemicorpo sadio (CASTILHO et al., 2012) (Tabela 4).

**Tabela 4. Efeitos da mobilização neural nos estudos incluídos.**

| Estudos | Instrumento de Avaliação | Desenho do Estudo | Técnica de Mobilização Neural | Resultados |
|---|---|---|---|---|
| CASTILHO et al. (2012) | EMG | Os sinais eletromiográficos do bíceps braquial foram registrados em duas condições: 90° flexão e extensão máxima do MS afetado, permanecendo 30s em cada posição. Em seguida, foi realizada a MN, e reavaliação. | MND do nervo mediano (ULNT1) no MS não afetado: Depressão passiva da cintura escapular, abdução de 90° dos ombros, mãos, antebraços e punho na posição neutra, antebraço em supinação, rotação externa dos ombros e extensão do cotovelo. Foram realizadas oscilações lentas e rítmicas de flexão e extensão do punho. Foram realizadas 20 oscilações/min. por 3min., com três repetições na mesma sessão (1 min. de descanso entre cada execução) | Atividade eletromiográfica do bíceps braquial foi reduzida em 17% (flexão) e 11% (extensão), porém sem significância estatística. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| CHA; CHO; CHOI (2014) | Pressão podal e oscilação postural (Gaitview System AFA-50).<br>Ângulo do joelho analisado no Dartfish ProSuite.<br>Teste de alcance funcional. | GC e GE realizaram 2 sessões diárias de 30 min. de fisioterapia convencional (incluindo sentar e levantar; subir e descer escadas; e passos anteroposteriores alternados) 5 vezes/semana durante 4 semanas. Em seguida, o GE recebeu a técnica de mobilização do nervo ciático. | A mobilização do nervo ciático foi realizada em 3 etapas: Primeiro, em decúbito dorsal, o MI de um lado foi colocado na posição máxima de elevação da perna estendida, quando foi realizada uma leve vibração por 20s, com 3 repetições. Em seguida, na mesma posição, realizou-se dorsiflexão do tornozelo com adução e rotação interna do quadril. Por último, associou-se a flexão cervical para atingir o nível máximo de tensão. A segunda e a terceira etapas foram mantidas por 20s, com 6 repetições. Todos os procedimentos foram realizados para o outro MI. O tempo de aplicação total foi de cerca de 10 minutos. | Houve melhora na pressão e oscilação podais, no ângulo dos joelhos e no teste de alcance funcional após duas e quatro semanas de intervenção. |
| KANG et al. (2018) | EEG para avaliar as ondas β e o ritmo μ nas áreas C3 e C4. | A amostra foi dividida no grupo de mobilização neural (MN) e grupo de mobilização neural dinâmica (MND).<br>As sessões duravam 30 min., 1 vez/dia, 4 dias/semana, durante 4 semanas.<br>As avaliações ocorreram antes e após o período de intervenção. | MD do n. radial: participante em decúbito dorsal. O terapeuta abaixou o ombro em direção à perna mais próxima enquanto gira internamente a articulação do ombro, estendendo a articulação do cotovelo e pronando o antebraço. O participante flexionou lateralmente o pescoço para o lado oposto. O terapeuta realizou rotações dinâmicas hiper-internas do punho.<br>MND do n. mediano: participante em decúbito dorsal com o ombro abduzido em 90°, cotovelo flexionado em a 90°, e a articulação do punho em extensão. O terapeuta fixou o ombro do paciente com um braço enquanto girava externamente o ombro do paciente, estendendo a articulação do cotovelo, supinando o antebraço e estendendo completamente os dedos e o punho, com flexão lateral da cervical para o lado oposto. O terapeuta realizou hiperextensão dinâmica do antebraço.<br>MD do n. ulnar: na mesma posição da MD do nervo mediano, o terapeuta rotacionou externamente o máximo possível o ombro do paciente, pronando o antebraço, estendendo completamente os dedos e punho, e com flexão lateral da cervical pelo participante para o lado oposto. O terapeuta realizou uma hiperextensão dinâmica do punho do paciente.<br>Os movimentos dinâmicos ocorreram 1 vez a cada 2s, por um total de 20s usando um metrônomo. No grupo de MN realizou-se os mesmos posicionamentos, porém sem o movimento dinâmico, mantendo o antebraço estendido por 20s. | MN e MND foram eficazes no aumento de ondas β e redução de ritmos μ na área C3, no lado oposto do lado paralisado (MND foi ainda mais eficiente que a MN). |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| SHIN; CHON (2015) | Inclinômetro para medir a flexibilidade dos isquiotibiais afetados na elevação da perna reta com tornozelo neutro e em flexão plantar.<br><br>Dinamômetro manual para verificar a força extensora e flexora do joelho afetado. Teste de caminhada de 10 metros. | Os participantes foram submetidos a duas intervenções: mobilização do nervo ciático (experimental) e alongamento estático dos isquiotibiais (controle). Essas técnicas foram cruzadas aleatoriamente com apenas uma técnica por dia. A intervenção durava 30min/dia, 3 dias verificar a força extensora e flexora do joelho afetado. Teste de caminhada de 10 metros. | A mobilização do n. ciático: em decúbito dorsal e com a cervical e tronco em posição neutra, o MI afetado foi colocado na posição de elevação reta da perna por 20s. Em seguida, acrescentou-se a dorsiflexão do tornozelo com uma leve vibração. Posteriormente, adicionou-se a adução e rotação interna do quadril por 40s. Por fim, solicitou-se a flexão cervical para atingir o nível máximo de tensão. Esse processo foi repetido sequencialmente em 10 min, com 3 séries. | A mobilização do nervo ciático resultou em melhor força extensora e flexora do joelho. No entanto, não houve diferença nas demais variáveis. |
| SOUZA et al. (2019) | Avaliação da flexibilidade de quadríceps e isquiotibiais através do flexímetro Code e a mensuração da força, pelo dinamômetro Filizola. Escala de Equilíbrio de Berg para avaliar equilíbrio e o *Timed up and go* test para avaliação da marcha. | A avaliação foi realizada em 3 momentos: préintervenção (antes da primeira sessão), imediatamente após (avaliação após a aplicação da técnica) e após a última sessão. As sessões ocorreram 3 vezes/semana, totalizando 10 sessões. | Inicialmente, com o participante em decúbito dorsal, o terapeuta elevou o MI com o joelho estendido e foram realizadas oscilações de dorsiflexão do tornozelo. Em seguida, na mesma posição, o terapeuta segurou o ombro do participante e realizou oscilações de flexão do quadril. Posteriormente, na mesma posição, o terapeuta realizou movimentos oscilatórios de flexão do quadril de modo que, quando o terapeuta aumentava a amplitude da flexão do quadril mantinha a dorsiflexão, e quando reduzia a amplitude de flexão do quadril realizava flexão plantar. Em seguida, com flexão do quadril e estabilização do joelho em 90°, o terapeuta realizou movimentos oscilatórios de dorsiflexão. Por fim, nesta mesma posição, o terapeuta manteve a dorsiflexão com o joelho flexionado a 90°. A MN foi realizada em ambos MMII, cada movimento de MN durou 60s, com intervalo de 60s de uma posição para outra. | O quadríceps direito e isquiotibiais esquerdos aumentaram a flexibilidade imediatamente após a MN. Houve fortalecimento do quadríceps direito e esquerdo, e isquiotibiais esquerdos. Houve melhora do TUG após a 10ª sessão. O equilíbrio melhorou logo após as sessões e após a última sessão. |

Fonte: Dados da Pesquisa (2020). EMG= Eletromiografia; MS= Membro Superior; MND= Mobilização Neural Dinâmica; ULNT1= Teste Neurodinâmico do Membro Superior; GC= Grupo Controle; GE= Grupo Experimental; MN= Mobilização Neural; n.= nervo; TUG= *Time Up and Go Test*.

Quanto aos instrumentos de avaliação, estes variaram consideravelmente. Aplicou-se desde avaliações neurofisiológicas como eletroencefalografia (KANG et al., 2018) e eletromiografia (CASTILHO et al., 2012), até testes funcionais como o *Time Up and Go Test,* Escala de Equilíbrio de Berg (SOUZA et al., 2019)*;* Teste de alcance funcional (CHA; CHO; CHOI, 2014); e Teste de caminhada de 10 metros (SHIN; CHON, 2015). Além disso, alguns estudos também optaram por medidas primordialmente musculares como flexibilidade e força (CHA; CHO; CHOI, 2014; SHIN; CHON,

2015; SOUZA et al., 2019). Tal variabilidade dos instrumentos de avaliação possivelmente contribuiria para a heterogeneidade dos resultados.

No entanto, esta diversidade de instrumentos demonstra a magnitude dos efeitos da mobilização neural em diferentes níveis do organismo de indivíduos com AVC. A mobilização do nervo ciático resultou em maior força da musculatura extensora e flexora do joelho, entretanto os resultados de flexibilidade foram controversos (SHIN; CHON, 2015; SOUZA et al., 2019). A marcha e o equilíbrio também melhoraram com a mobilização do nervo ciático (CHA; CHO; CHOI, 2014; SOUZA et al., 2019). Vale salientar que o *Time Up and Go Test* avalia também o risco de quedas, que é uma importante variável a ser considerada no processo de envelhecimento. Portanto, a mobilização do nervo ciático é capaz de reduzir o risco de quedas em indivíduos com AVC, colaborando para prevenir comorbidades osteomioarticulares. A mobilização do nervo ciático levaria a estes benefícios por melhorar a mobilidade neural no membro inferior parético, aumentar a amplitude de movimento do mesmo, inibir a espasticidade, além de prevenir lesões do sistema nervoso (BAYSAL et al., 2006; CHA; CHO; CHOI, 2014).

O melhor desempenho da marcha pode ser atribuído à potencialização da força dos músculos dos membros inferiores após a mobilização do nervo ciático, visto que a recuperação do comprimento normal dos músculos isquiotibiais, por exemplo, levaria a seu melhor desempenho, demonstrando assim maior força, o que aumentaria a inibição dos seus antagonistas (extensores do joelhos) os quais são espásticos em indivíduos com AVC (FOX, 2006; SHIN; CHON, 2015). O músculo isquiotibial é essencial no ajuste da extensão do joelho, e está intimamente relacionado com o desempenho da marcha. O encurtamento do músculo isquiotibial pode reduzir a amplitude de movimento do joelho e afetar a movimentação lombopélvica fisiológica, causando suporte de peso assimétrico e inclinação pélvica durante a marcha (CLELAND et al., 2006). A redução na flexibilidade dos isquiotibiais desencadearia o uso predominante dos extensores do quadril, com tensão excessiva nos isquiotibiais associada à ativação insuficiente do glúteo máximo e músculos abdominais. Isto resultaria em mecanismos de compensação que levariam à instabilidade de músculos do tronco (SAHRMANN, 2002). Dessa forma, pode-se compreender melhor como a maior funcionalidade dos flexores e extensores do joelho, promovida pela mobilização neural, é capaz de modificar a postura, equilíbrio e a marcha de indivíduos com AVC.

Por outro lado, verificou-se que a mobilização do nervo mediano não foi capaz de reduzir o tônus do bíceps braquial de indivíduos com AVC (CASTILHO et al., 2012). Isto pode ser por se tratar de sessão de aplicação única e ao modo de aplicação da técnica não ter sido suficiente para provocar efeitos expressivos no hemicorpo contralateral. Portanto, faz-se necessário estudos que apliquem a técnica no próprio seguimento afetado, bem como estudos que sejam compostos por mais de uma sessão terapêutica para o melhor conhecimento a respeito do efeito da mobilização neural sobre o tônus muscular. Vale salientar, ainda que não houve estudos que verificassem o efeito da mobilização do nervo ciático na musculatura adjacente; tão pouco, não houve estudos que investigassem a força, flexibilidade e funcionalidade do bíceps braquial após mobilização do nervo medial. Portanto, faz-se necessário mais estudos que investiguem as propriedades da mobilização neural tanto em membros superiores quanto em membros inferiores, para consolidar o conhecimento sobre a técnica no comportamento neuromuscular.

No estudo de Kang et al. (2018), foi possível observar que os efeitos da mobilização dos nervos radial, mediano e ulnar não se restringiriam ao sistema nervoso periférico ou ao segmento tratado. A mobilização neural estática, bem como a dinâmica foram capazes de aumentar as ondas β e reduzir os ritmos μ na área C3, no hemisfério cerebral lesionado. Portanto a mobilização neural contribui para a neuroplasticidade cerebral em pacientes com AVC, ou seja, permitiu que o cérebro se reorganizasse possivelmente por brotamento axonal e brotamento dendrítico, provocando, assim, mudanças no sistema nervoso central com algum grau de regeneração (NOWAK et al., 2009). Neste estudo, a mobilização dinâmica foi mais eficiente neste processo de neuroplasticidade do que a mobilização estática, os autores justificam isto devido à técnica induzir maiores alterações viscoelásticas no sistema nervoso periférico e pressão capsular mais elevada nos receptores mecânicos (KANG et al., 2017; KANG et al., 2018; SCOTT et al., 2018).

A respeito dos protocolos utilizados, houve divergência em alguns parâmetros, em especial a quantidade de sessões que variou de sessão única (CASTILHO et al., 2012) até 16 sessões (SHIN; CHON, 2015). Da mesma forma, houve variação na quantidade de sessões por semana variando de três vezes por semana (SHIN; CHON, 2015; SOUZA et al., 2019) até cinco vezes na semana (CHA; CHO; CHOI, 2014). Houve variação, também, da quantidade de tempo de aplicação da mobilização desde 20s (CHA; CHO; CHOI, 2014; KANG et al., 2018) até 3 minutos ininterruptos (CASTILHO et al.,

2012). Essa heterogeneidade pode ter influenciado na diversidade dos resultados entre os estudos, visto que a neuroplasticidade é dependente de repetição, entretanto, estímulos excessivos podem desencadear efeitos inesperados.

Dessa forma, a mobilização é uma técnica prática e de baixo custo que, quando executada adequadamente, proporciona benefícios para os indivíduos. Entretanto, no âmbito do AVC, são necessários mais estudos com amostras maiores, desenhos metodológicos mais precisos (ex.: ensaio clínico randomizado, placebo-controlado e duplo-cego) e padronização das técnicas de mobilização neural e instrumentos de avaliação. Dessa forma será possível chegar em um consenso sobre os parâmetros ideais para cada objetivo de tratamento seguindo o conceito de saúde baseada em evidências.

## Considerações finais

Através dos resultados verificados, é possível sugerir que a mobilização neural, especialmente a modalidade dinâmica, proporciona benefícios para indivíduos com AVC por meio da melhora na força e flexibilidade dos flexores e extensores de joelho, com aumento da funcionalidade em termos de marcha, equilíbrio e risco de quedas. Além disso, apesar de não haver resultados conclusivos a respeito do efeito sobre o tônus muscular, observa-se que a técnica é capaz de promover plasticidade da área motora do hemisfério afetado pelo AVC. Vale salientar que mais estudos são necessários sobre a técnica em indivíduos com AVC, com amostras maiores, desenhos metodológicos mais precisos (ex.: ensaio clínico randomizado, placebo-controlado e duplo-cego) e padronização das técnicas de mobilização neural e instrumentos de avaliação.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BAYSAL, O. et al. Comparison of three conservative treatment protocols in carpal tunnel syndrome. **International journal of clinical practice**, v. 60, n. 7, p. 820-828, 2006.

BOYD, Benjamin S. et al. Mechanosensitivity of the lower extremity nervous system during straight-leg raise neurodynamic testing in healthy individuals. **journal of orthopaedic & sports physical therapy**, v. 39, n. 11, p. 780-790, 2009.

CARMO, Júlia Fabres do; OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo; MORELATO, Renato Lirio. Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória-ES, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 809-818, 2016.

CASTILHO, J. et al. Analysis of electromyographic activity in spastic biceps brachii muscle following neural mobilization. **Journal of bodywork and movement therapies**, v. 16, n. 3, p. 364-368, 2012.

CESÁRIO, C.M.M.; PENASSO, P.; DE OLIVEIRA, A.P.R. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico. **Revista Neurociências**, v. 14, n. 1, p. 6-9, 2006.

CHA, H.K.; CHO, H.S.; CHOI, J.D. Effects of the nerve mobilization technique on lower limb function in patients with poststroke hemiparesis. **Journal of physical therapy science**, v. 26, n. 7, p. 981-983, 2014.

CLELAND, Joshua A. et al. Slump stretching in the management of non -radicular low back pain: a pilot clinical trial. **Manual therapy**, v. 11, n. 4, p. 279-286, 2006.

CORRÊA, F.I. et al. Atividade muscular durante a marcha após acidente vascular encefálico. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 63, n. 3B, p. 847-851, 2005.

CORRIVEAU, Hélene et al. Evaluation of postural stability in the elderly with stroke. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 85, n. 7, p. 1095-1101, 2004.

DE LIMA SOUZA, Rosimere et al. EFFECT OF NEURAL MOBILIZATION ON BALANCE, FLEXIBILITY, STRENGTH AND GAIT IN STROKE PATIENTS. **Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal**, v. 16, p. 0-0, 2019.

DE OLIVERIRA JUNIOR, H.F.; TEIXEIRA, Á.H. Mobilização do sistema nervoso: avaliação e tratamento. **Fisioterapia em movimento**, v. 20, n. 3, 2007.

FASEN, Jo M. et al. A randomized controlled trial of hamstring stretching: comparison of four techniques. **The Journal of Strength & Conditioning Research**, v. 23, n. 2, p. 660-667, 2009.

FOX, Matthew. Effect on hamstring flexibility of hamstring stretching compared to hamstring stretching and sacroiliac joint manipulation. **Clinical Chiropractic**, v. 9, n. 1, p. 21-32, 2006.

JOHNSON, Walter et al. Stroke: a global response is needed. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, n. 9, p. 634, 2016.

KANG, Jeong-Il et al. Effects of dynamic neural mobilization on cerebral cortical activity in patients with stroke. **Journal of physical therapy science**, v. 30, n. 7, p. 906-909, 2018.

KANG, Jeong-Il et al. The Effect of Rhythmic Neurodynamic on the Upper Extremity Nerve Conduction Velocity and the Function for Stroke Patients. **The Journal of Korean Physical Therapy**, v. 29, n. 4, p. 169-174, 2017.

MACIEL, T. S. et al. Efeitos da mobilização neural sobre a força, resistência e recrutamento muscular dos flexores de punho. **Ter Man**, v. 10, n. 50, p. 411-16, 2012.

MACKO, Richard F. et al. Treadmill training improves fitness reserve in chronic stroke patients. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 82, n. 7, p. 879-884, 2001.

NEE, R. J.; BUTLER, D. Management of peripheral neuropathic pain: integrating neurobiology, neurodynamics, and clinical evidence. **Physical Therapy in sport**, v. 7, n. 1, p. 36-49, 2006.

NOWAK, Dennis A. et al. Interhemispheric competition after stroke: brain stimulation to enhance recovery of function of the affected hand. **Neurorehabilitation and neural repair**, v. 23, n. 7, p. 641-656, 2009.

SAHRMANN, S.A. Does postural assessment contribute to patient care? **J Orthop Sports Phys Ther**., v.32, n. 8, p. 376-379, 2002.

SCOTT, Matthew et al. Motor imagery during action observation increases eccentric hamstring force: an acute non-physical intervention. **Disability and rehabilitation**, v. 40, n. 12, p. 1443-1451, 2018.

SHIN, Yun-hyeok; CHON, Seung-chul. The effects of sciatic nerve mobilization on hamstring flexibility, lower limb strength and gait performance in patients with chronic stroke. **Physical Therapy Korea**, v. 22, n. 4, p. 8-16, 2015.

VALENTE, Priscila de Souza et al. The effect of neural mobilization of the brachial plexus on the flexibility of the lower limb: a double-blind trial. **Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal**, v. 12, p. 175-179, 2014.

VERHAGEN, A. P. et al. The Delphi list: a criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. **Journal of clinical epidemiology**, v. 51, n. 12, p. 1235-1241, 1998.

WALSH, M.T. Upper limb neural tension testing and mobilization: fact, fiction, and a practical approach. **Journal of hand therapy**, v. 18, n. 2, p. 241-258, 2005.

ZAMBERLAN, A.L.; KERPPERS, I.I. Mobilização neural como um recurso fisioterapêutico na reabilitação de pacientes com acidente vascular encefálico–revisão. **Revista Salus**, v. 1, n. 2, 2007.

ISBN 978-65-86901-26-9

# ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA PARA OBTENÇÃO DE MELHOR QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO

Danielle Silva de Meireles[1]
Caroline dos Santos Araújo[2]
Maria Socorro de Albuquerque Caldeira[3]
Michelle Silva dos Santos[4]
Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt[5]

**Resumo:** Diante do aumento da expectativa de vida, é crescente o número de idosos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes, que são predisponentes da DRC – doença renal crônica. O objetivo deste estudo consiste em elencar as estratégias de enfrentamento da DRC, para obtenção de melhor qualidade de vida no idoso. Trata-se de uma revisão sistemática, do tipo integrativa com abordagem qualitativa, realizada no Google Acadêmico e na Medline através dos portais Pubmed, Ebsco e Biblioteca Virtual em Saúde, com cinco descritores indexados no Decs – descritores em ciências da saúde; após criteriosa seleção e análise dos dados obtidos, 21 artigos atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a amostra final. Foram expostas as principais dificuldades e desafios vivenciados pelo paciente dialítico e as estratégias de enfrentamento para enfermagem, farmácia, terapia ocupacional, psicologia, suporte espiritual, cuidados paliativos e, voltadas aos familiares e cuidadores – pessoas pouco lembradas, mas fundamentais na

1 Enfermeira Mestranda em Gerontologia, vinculada ao Hospital Universitário Lauro Wanderley e à Universidade Federal da Paraíba, daniellesmeireles@hotmail.com

2 Enfermeira Especialista em Saúde da Família, vinculada ao Hospital Universitário Lauro Wanderley, carolinesa1986@gmail.com

3 Psicóloga Mestranda em Gerontologia, vinculada à Universidade Federal da Paraíba, socorrocaldeira@hotmail.com

4 Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva, vinculada ao Lar da Providência Carneiro da Cunha / ANBEAS, aryshelly@hotmail.com

5 Orientadora Doutora em Enfermagem, vinculada à Universidade Federal da Paraíba, greicykel@gmail.com

assistência ao idoso portador de nefropatia grave. Foi concluído que a DRC ainda é pouco estudada diante do seu alto índice na população e, raríssimas pesquisas retrataram esse contexto direcionado ao paciente idoso. Os estudos encontrados eram relacionados a uma área específica, não sendo localizados estudos que abordassem as ações de diversas profissões reunidas num mesmo estudo. Não foram encontradas pesquisas que abordassem a assistência voltada à fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia. Ficou evidente que a literatura científica ainda é carente de estudos voltados especificamente ao idoso portador de doença renal crônica.

**Palavras-chave:** Descritores: Idoso, Qualidade de vida, Insuficiência renal crônica, Assistência de enfermagem, Cuidados Paliativos.

## Introdução

Diante do aumento da expectativa de vida, é crescente o número de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, a hipertensão e a diabetes que são predisponentes da DRC – doença renal crônica. Consequentemente também cresce o número de idosos portadores desta nefropatia grave, doença com a qual terão que conviver até o fim de suas vidas.

A Doença Renal Crônica – DRC, é uma síndrome que causa a perda funcional, gradual e irreversível dos rins. Ela passa a ser caracterizada como Insuficiência Renal Crônica quando os rins não conseguem manter a homeostase do indivíduo. Devido à redução da TFG – taxa de filtração glomerular, o idoso sofre limitações nas suas atividades diárias, quem acarretam mudanças e privações no âmbito biológico, psicológico e social (GOMES et al, 2019).

No atual contexto social, a DRC é considerada da área como uma espécie de pandemia por diversos especialistas. No Brasil, seu índice de crescimento é avassalador, exibindo um péssimo prognóstico. Esta situação acarreta sérias consequências à saúde da população (XAVIER; LIMA, 2018), que se agravam se não forem bem conduzidas com a cooperação de todos os sujeitos envolvidos – profissionais, pacientes e cuidadores. O agravamento dos sintomas relacionado à DRC leva ao uso da TRS – terapia renal substitutiva (CASTOLDI; GARCIA; HARTWING, 2016), ou seja, hemodiálise ou diálise peritoneal, suas duas modalidades.

O número de pessoas vítimas dessa nefropatia progride em escala ascendente, apesar do avanço científico em tecnologias e equipamentos. A dimensão é tão preocupante a nível mundial, que a DRC é considerada como uma questão de saúde pública (XAVIER; LIMA, 2018). Estudo de alta relevância que acompanhou por onze anos as tendências de cuidados paliativos domiciliares em Singapura, verificou que 50,9% dos pacientes faleceram em casa. Dentre os pacientes sem câncer, a doença renal crônica foi a patologia mais prevalente (HO et al, 2017).

Segundo dados de 2018 do Ministério da Saúde, divulgados pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, a DRC acomete por volta de 10% da população mundial e dois milhões de brasileiros. Estima-se que ela atinja um a cada cinco homens e, uma entre quatro mulheres, na faixa etária entre 65 e 74 anos. Ainda completa que são realizadas diariamente no país, cerca de 100 mil sessões de hemodiálise, nos hospitais públicos e privados (SBN, 2020).

Em comparação aos parâmetros de 2009 e 2013, o Censo de Diálise de 2018 evidenciou aumento crescente na incidência e prevalência de pacientes dialíticos, em proporções diversas entre as regiões do país sugerindo limitações no acesso ao tratamento, além relação com os índices de desenvolvimento de cada região/estado. A proporção de pacientes diabéticos com doença renal tem-se elevado, assim como as taxas de mortalidade e o uso de cateteres venosos em hemodiálise também vêm se elevando. (NEVES et al, 2020).

Quanto ao perfil dos pacientes prevalentes em diálise, os homens ainda predominam, todavia ressalta-se a tendência global no aumento progressivo da faixa etária, com expressiva porcentagem de idosos. O aprimoramento progressivo das técnicas dialíticas e medicações de suporte às complicações da doença renal crônica terminal, justificam o aumento da expectativa de vida e da longevidade aos pacientes prevalentes. Entretanto, isso implica no aumento das comorbidades entre esses idosos realizando TRS. Tal fato indica a necessidade de planejar cuidados específicos a este perfil de pacientes: idosos, portadores de doença renal em estádio terminal (DRCT) e outras comorbidades (NEVES et al, 2020).

Diante do crescimento no número de pessoas acometidas com DRC, muitas são idosas e não têm acesso às devidas informações para seguir o tratamento com qualidade de vida. (GOMES et al, 2019). Sendo necessário buscar na literatura estratégias viáveis para minimizar o sofrimento dos idosos, acometidos por essa patologia sem cura, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida com o seu controle.

Que estratégias para o enfrentamento da doença renal crônica são adotadas por idosos, familiares e equipes de saúde, para obtenção de melhor qualidade de vida no idoso?

O objetivo deste estudo consiste em elencar as estratégias de enfrentamento da doença renal crônica, adotadas por idosos, familiares e equipes de saúde, para obtenção de melhor qualidade de vida no idoso.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão sistemática, do tipo integrativa com abordagem qualitativa. De acordo com Botelho, Cunha, Macedo (2011) a revisão integrativa (RI) possibilita a sistematização do conhecimento científico através de um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema e assim visualizar possíveis oportunidades de pesquisa. E a abordagem

qualitativa proporciona a síntese as evidências obtidas em estudos primários qualitativos.

A pesquisa realizada primeiramente no Portal CAPES, nos buscadores da Pubmed, Ebsco e BVS. Foram pesquisadas as bases Medline, Cinahl, Scopus, Scielo e Cochrane. Apenas a Medline apresentou resultados compatíveis para os cinco descritores, porém, como a amostra foi insuficiente, a pesquisa foi complementada no Google Acadêmico. Foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "OR" e os seguintes descritores indexados no Decs – descritores em ciências da saúde: Idoso, Qualidade de vida, Insuficiência renal crônica, Assistência de enfermagem, Cuidados Paliativos. Atenderam aos critérios de inclusão, os artigos originais, completos, publicados nos últimos cinco anos, disponíveis em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos os anais de eventos, monografias, dissertações e teses.

Foram localizados 1.652 artigos (1.630 no Google Acadêmico, 10 na BVS, 6 na Pubmed e 6 na Ebsco), 352 analisados (300 no Google Acadêmico, 10 na BVS, 6 na Pubmed e 6 na Ebsco) e 19 selecionados (10 no Google Acadêmico, 4 na BVS, 3 na Pubmed e 2 na Ebsco), todos versando sobre Doença Renal Crônica no período de 2015 a 2019. Posteriormente foi incluído 01 artigo de 2020 – apesar de não atender ao critério do tempo, é de grande relevância porque apresenta o último Censo de Diálise, com os dados estatísticos mais recentes. Portanto, a amostra final foi composta por 09 artigos da Medline e 11 artigos do Google Acadêmico.

## Resultados e discussão

A doença renal crônica (DRC) é entendida como a perda progressiva e irreversível da função renal, caracterizada pela falência das funções bioquímicas e fisiológicas desempenhadas pelo rim. (BERLEZI et al, 2018) (CORREA; SILVEIRA, 2019) (COUTINHO; COSTA, 2015). A diabetes e hipertensão são doenças crônicas muito prevalentes no idoso e predisponentes da lesão renal terminal (GOMES et al, 2019).

Classifica-se em cinco estágios e evolui com a perda da taxa de filtração glomerular e do nível de função renal. A partir do segundo estágio, apresenta TFG inferior a 90ml/min/1,73m2, caracterizando o início da redução das funções; ao atingir o estágio cinco é denominada insuficiência renal terminal ou dialítica ou ainda, Doença Renal Terminal (DRT), com TFG inferior a 15 ml/min/1,73m2 (BERLEZI et al, 2018).

Dentre as doenças crônicas, a DRC é uma das mais agressivas, devido à perda progressiva e irreversível da função renal, com tendência de evoluir para a terapia renal substitutiva, na qual o doente passa horas por dia dependente de uma indumentária tecnológica para a manutenção da vida. Ela traz consequências físicas, sociais e emocionais (CORREA; SILVEIRA, 2019). Este tratamento proporciona manutenção da vida mas não promove a cura; pois somente o transplante renal oferece chances de cura, embora haja também riscos envolvidos nesse processo (PAULA et al, 2017).

## Dificuldades e desafios

A descoberta da perda incurável de uma função orgânica, gera uma avalanche de sentimentos. A ruptura dos hábitos vigentes causa impacto negativo tal como um luto, com a perda do sentido da vida, tornando dificultosa a adesão ao tratamento (CORREA; SILVEIRA, 2019).

Dentre as dificuldades mais relatadas pelos pacientes, estão as restrições alimentares e principalmente, a hídrica (COUTINHO; COSTA, 2015). Os sintomas mais relatados na maioria dos casos, são insônia, dificuldade de concentração, fadiga, prurido constante pelo corpo, cãibras musculares ou tremores, perda acentuada de apetite e de peso, náuseas, falta de ar, edema dos membros e oligúria (GOMES et al, 2019).

Esses pacientes enfrentam outras consequências que ultrapassam os sintomas clínicos e atingem o âmbito psicossocial – isolamento social, perda de emprego, dependência da previdência social, perda da autoridade no contexto familiar, afastamento dos amigos, impossibilidade de viagens prolongadas devido à periodicidade das sessões de hemodiálise, diminuição da atividade física, disfunção sexual, além da possibilidade de apresentar complicações durante e após o tratamento. Diante desse contexto, a doença impõe ao indivíduo uma série de mudanças e novas perspectivas: submeter-se ao tratamento doloroso e de longa duração, uso contínuo de medicações, dependência de outras pessoas e aparelhos; enfrentamento de rejeição, culpa e lutas na tentativa de conviver harmonicamente com sua nova condição de saúde. (MALAGUTI et al, 2015).

No início predominam a negação, a insegurança e a ansiedade (BERLEZI et al, 2018), além de comprometimentos no ego, déficit na autoestima, disfunções sexuais e síndromes psico orgânicas, geralmente originadas pelas várias perdas sofridas – da saúde, de identidade, das condições de trabalho,

ISBN 978-65-86901-26-9

do autodomínio e também o medo do desconhecido. Esses múltiplos fatores podem causar a rejeição do plano terapêutico implementado e evasão dos serviços dialíticos preconizados (CORREA; SILVEIRA, 2019).

Entretanto com o passar do tempo a qualidade de vida melhora, os hábitos alimentares mudam, as mudanças comportamentais vêm à tona e o sentimento de satisfação aumenta, pois desenvolvem as atividades diárias não permitidas anteriormente (BERLEZI et al, 2018), buscam no saber comum as respostas para a nova realidade, (COUTINHO; COSTA, 2015) e despertam a consciência sobre as novas possibilidades de vida (CORREA; SILVEIRA, 2019).

## Estratégias de enfrentamento

Alguns pacientes são resistentes em aceitar o diagnóstico e aderir ao tratamento (BERLEZI et al, 2018), esse impacto gerando ansiedade, limitação física, diminuição da vida social e dificuldade de adaptação no início, além de desgaste emocional intenso e progressivo (CASTOLDI; GARCIA; HARTWIG, 2016). Por isso o apoio familiar e da equipe de saúde são fundamentais no processo (BERLEZI et al, 2018).

Conhecer as estratégias de adesão ao tratamento, é fundamental promover ao idoso, melhor aceitação da doença. Com o conhecimento do processo, a jornada tende a ser mais tranquila e equilibrada (GOMES et al, 2019).

## Equipe multidisciplinar

É muito significativo para pacientes e familiares ter nos serviços de saúde, uma equipe disposta a realizar os cuidados necessários e passar todas as informações necessárias ao tratamento. (BERLEZI et al, 2018).

A terapia renal substitutiva requer cuidado especializado, o que não se limita ao cuidado técnico (CASTOLDI; GARCIA; HARTWIG, 2016). A equipe multidisciplinar precisa estar coesa para elaborar e implementar um plano de tratamento capaz de suprir as necessidades biopsicosocioespirituais. Deve inclusive estar apta a educar e amparar paciente e família frente ao evento, com o intuito do paciente aceitar verdadeiramente sua morbidade e assumir um papel de corresponsabilidade, para uma melhor adaptação e menores danos provenientes de complicações (CORREA; SILVEIRA, 2019).

ISBN 978-65-86901-26-9

Muitos pacientes e familiares expressam tristeza, solidão e baixa autoestima, isso evidencia que a equipe interdisciplinar precisa promover uma comunicação assertiva com os pacientes, ofertar atendimento psicológico e encontrar estratégias que viabilizem a inclusão ativa dos pacientes na sociedade, fortalecendo a capacidade de enfrentamento da doença, as relações sociais e as redes de apoio, em busca de melhor qualidade de vida na terapia dialítica (HERNÁNDEZ-ZAMBRANO et al, 2019).

## Familiares e cuidadores

Esses membros são de extrema importância, senão o mais importante, pois prestam assistência durante todo o tempo, representam o elo entre os idosos nefropatas e a equipe multidisciplinar. Ao mesmo tempo que contribuem ativamente no tratamento, também merecem ser assistidos, pois o bem estar deles influi diretamente nos cuidados ofertados ao paciente.

O apoio familiar é um suporte primordial para auxiliar na assimilação das muitas informações e novas rotinas a seguir, promove conforto, segurança, auxilia na adesão aos cuidados e é capaz de amenizar o sofrimento emocional causado pela evolução da doença (BERLEZI et al, 2018).

Porém, há evidências de que os cuidadores têm índices mais altos de depressão que os próprios pacientes. Apesar de não estarem doentes fisicamente, eles vivem em função dos doentes, sofrem com as mudanças de comportamentos impostas também nos seus estilos de vida, como por exemplo nas limitações alimentares, profissionais e no lazer, desencadeando sobrecarga física e psicológica (COUTINHO; COSTA, 2015).

É comum entre os familiares o sentimento de culpa pela cronicidade e agravamento da doença, são eles quem acompanham as dores e anseios na maior parte do tempo. Por isso, também merecem ser acolhidos, pois fazem parte de todo o processo e precisam estar conscientes de que por mais invasivo e agressivo seja o tratamento, existem formas de cuidar com qualidade, respeitando sempre a vontade do paciente. (CORREA; SILVEIRA, 2019).

## Assistência de Enfermagem

O enfermeiro atua na promoção da saúde com ênfase nas necessidades da população, orientando e verificando grupos de riscos para que se adequem ao novo estilo de vida e condição de saúde. As atividades de educação em

ISBN 978-65-86901-26-9

saúde podem ser conjuntas e construtivas, nos três níveis de atenção – primário, secundário e terciário. É o profissional apto para detectar precocemente alterações passíveis de comprometer a evolução, prestar cuidados visando conforto e alívio dos sintomas, além de comunicar e discutir o quadro clínico com a equipe multidisciplinar, contribuindo assim com a tomada de decisão (GOMES et al, 2019).

As ações de enfermagem são fundamentadas no processo de educar e cuidar. Elas visam atender às necessidades humanas básicas de cada indivíduo nos aspectos físico, mental e espiritual (XAVIER; LIMA, 2018). O processo de enfermagem orienta os profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem os resultados das condutas tomadas de maneira ordenada e sistemática, direcionando o trabalho do enfermeiro, através da sistematização da assistência de enfermagem (GOMES et al, 2019).

As teorias de enfermagem proporcionam alicerce científico para a execução do processo assistencial de enfermagem. A importância de aplicar uma teoria é subsidiar o papel desempenhado nas práticas assistenciais. Os princípios defendidos pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem procuram elucidar episódios e ocorrências. Nesse sentido, uma associação de ideias busca justificar as tomadas de decisões em situações distintas na prática assistencial da enfermagem. Ela fundamenta-se em três divisões inter-relacionadas que a formam, sendo: a Teoria do Autocuidado (TA), a Teoria do Déficit do Autocuidado (TDA) e a Teoria de Sistemas de Enfermagem (TSE) (XAVIER; LIMA, 2018).

Conforme Orem a enfermagem é voltada à assistência do ser humano, especialmente nas dificuldades relacionadas às fragilidades. Sua tese é firmada na promoção do autocuidado, na qual a meta da enfermagem é possibilitar que o indivíduo entenda sobre sua doença e adote ações para estimular sua máxima de independência, conforme o seu estado clínico. De acordo com a teorista, são cinco formas de auxílio: ensinar, fazer para a pessoa, propiciar cuidado psicológico e físico, harmonizar o ambiente para facilitar a realização de suas necessidades e, orienta-la (XAVIER; LIMA, 2018).

O enfermeiro tem o compromisso de ser o mais ético possível, criar um ambiente no qual todos se respeitem e valorizem cada paciente, desempenhando o importante papel cuidar e educar, sendo um facilitador do processo de cuidado e incentivando o autocuidado (XAVIER; LIMA, 2018).

A teoria do autocuidado é relevante no contexto da doença renal crônica porque se baseia na interação entre os sujeitos profissional e pessoa cuidada;

sendo fundamental para a educação em saúde, o diálogo entre o profissional de saúde com o indivíduo e sua família, no qual são expostas as dúvidas sobre a enfermidade e o tratamento, ressaltando que essa nefropatia é grave e exige mudanças bruscas no estilo de vida do indivíduo acometido e da família, que também precisa de apoio para vencer todos as dificuldades vindouras. Essa relação horizontal também é importante para identificar problemas e intervir em tempo hábil. Para tal, o enfermeiro preciso conhecer as particularidades de cada paciente, principalmente a respeito das condições de vida. Também cabe ao enfermeiro realizar ações de prevenção de agravos – incentivando a participação em ações que auxiliem no tratamento) e, promoção da saúde – despertando no paciente o senso de corresponsabilidade na busca do seu bem estar e qualidade de vida (XAVIER; LIMA, 2018).

A educação em saúde é o pilar de sustentação da prática da teoria do autocuidado. Ela auxilia positivamente na conservação e melhoria da saúde física e psicológica do portador de nefropatia. Quando adequadamente implementada, melhora o quadro clínico, evita intercorrências e o mais importante – possibilita maior autonomia e bem estar ao paciente. Além disso, a educação em saúde é o respaldo de informação que contribui para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais, principalmente na relação entre profissionais de saúde com o paciente (XAVIER; LIMA, 2018) e cuidador.

Estudo sobre o avanço de assistência médica evidenciou que ela foi mais eficaz quando associado a um serviço de enfermagem dedicado, melhor conhecimento das preferências do paciente com DRC e aderência a estas no final da vida. Reconheceu que após treinamento apropriado e sob supervisão, os enfermeiros especialistas são os profissionais adequados para impulsionar os países a avançar na assistência nefrológica voltada à DRC. Ressaltou a importância da colaboração interdisciplinar para avançar na assistência, reduzir incidentes custos e aumentar a eficácia dos avanços de assistência médica na melhoria dos resultados do paciente e cuidador (SELLARS et al, 2019).

## Terapia farmacológica

Estudo sobre intervenções farmacêuticas (IF) constatou que idosos portadores de DRC têm mais risco de problemas com a terapia medicamentosa, já que possuem múltiplas comorbidades e consequentemente polifarmácia. A educação do paciente em terapia farmacológica busca fornecer informações sobre os medicamentos em uso. Essa medida reflete o caráter de humanização

ISBN 978-65-86901-26-9

do cuidado, pois aumenta a adesão aos medicamentos e diminui as hospitalizações. Os medicamentos mais prevalentes nas intervenções deste grupo foram insulina, omeprazol e tramadol; eles têm relação direta com as comorbidades e sintomatologia frequentemente associadas à DRC (MOTA; COSTA; ANDRADE, 2016).

A insulina é muito utilizada por esses pacientes, já que muitos deles também são diabéticos; a baixa adesão ao seu uso correto reflete na alta taxa de internações hospitalares e na baixa qualidade de vida. O omeprazol pode ser indicado devido ao risco desses pacientes apresentarem hemorragia digestiva, entretanto também pode estar ligado a possíveis interações medicamentosas, o que justifica sua retirada da farmacoterapia quando for contraindicado. O tramadol é muito inserido para controle da dor e as IF podem estar associadas às interações medicamentosas, ao ajuste da dose (aumento ou diminuição), e/ou troca da fórmula farmacêutica (MOTA; COSTA; ANDRADE, 2016).

As intervenções farmacêuticas devem acontecer em caráter multiprofissional, principalmente junto à equipe médica e de enfermagem, a fim de contribuir com a minimização de erros de medicação. O farmacêutico precisa ter boa comunicação, visão holística e ser capaz de realizar processos educacionais para a promoção da adesão dos pacientes à farmacoterapia. Essa abordagem educacional através das intervenções farmacêuticas promove melhores resultados clínicos, porque propõe estratégias eficazes para o correto armazenamento e administração dos medicamentos, a fim de melhorar a adesão ao seu uso correto e contínuo (MOTA; COSTA; ANDRADE, 2016).

## Terapia Ocupacional

A terapia Ocupacional (TA) é uma opção válida para recuperar no idoso, a capacidade de participação em afazeres consideráveis através de pequenos projetos. Representa uma alternativa para resgatar a autoconfiança e autoestima, que se perdem inúmeras vezes no processo do adoecimento e são de extrema importância para o seu bem estar e qualidade de vida (GOMES et al, 2019). Nesse sentido, a ludicidade representa uma alternativa para os pacientes mudarem o foco da doença para atividades prazerosas e com inúmeros benefícios.

Na maioria das unidades de diálise, o cuidado ao paciente dialítico geralmente está focado no aspecto técnico, biológico. A introdução de práticas voltadas para as necessidades singulares dos indivíduos tende a promover seu

ISBN 978-65-86901-26-9

protagonismo e autonomia. Nesse sentido, é evidente o desejo de muitos em se ocupar durante as sessões de diálise, a fim de quebrar a monotonia do tratamento. Essa proposta tende a tornar o paciente mais receptivo às atividades lúdicas, sendo esta uma necessidade inerente ao ser humano, pois permite a compreensão de experiências dolorosas, o exercício da autonomia e o reconhecimento de si, proporcionando o relaxamento das tensões e facilitando as relações interpessoais. Esse trabalho tem o poder de auxiliar na restauração da confiança em si e no interesse pela vida, na redução do sentimento de culpa e inutilidade, melhorar o humor e recuperação de quadros depressivos (PAULA et al, 2017).

No contexto hospitalar, a ludicidade potencializa a necessidade humana de se sentir ativo. As atividades devem se adequar ao perfil dos pacientes para possibilitar a participação de todos, cada qual dentro das suas limitações. A criação de um novo repertório de atividades integradas nas unidades de tratamento de hemodiálise dependerá da capacidade criativa e democrática de todos os envolvidos – equipe, pacientes e seus familiares, que devem estar unidos no mesmo propósito (PAULA et al, 2017).

A espontaneidade característica da proposta lúdica, estimula a livre expressão, permite que através do brincar, o indivíduo expresse sua singularidade, canalize as tendências antissociais e amplie as oportunidades de desenvolvimento cultural, distanciando-se da realidade que está vivendo. Também favorece o equilíbrio emocional, auxiliando na expressão não verbal dos sentimentos mais íntimos, até os inconscientes. O trabalho lúdico promove impacto positivo no cuidado dos pacientes em hemodiálise, bem como permite o início da construção de uma prática de assistência voltada para o protagonismo e autonomia dos sujeitos, na medida em que o mesmo passa a ser olhado em suas necessidades singulares de forma integral (PAULA et al, 2017).

## Apoio psicológico

Os sintomas apresentados não são apenas ligados à doença física em si, pois a DRC configura um fenômeno de impacto vital significativo, que repercute drasticamente na rotina e nos hábitos. Por isso o apoio psicológico é importante na reconstrução dos agentes psíquicos do paciente renal crônico para o convívio social, uma vez que tal impacto pode associar-se a vários outros fatores orgânicos e psicossomáticos, dificultando a adesão ao plano

ISBN 978-65-86901-26-9

de tratamento e consequentemente acelerando o declínio desencadeador da morte (CORREA; SILVEIRA, 2019).

Um estudo sobre atuação do psicólogo frente ao portador de DRC relatou como lidar com os doentes através da escuta terapêutica qualificada e colaborativa. É essencial compreender e respeitar toda manifestação de dor, deixar que o paciente relate seus medos e anseios, quando ele julgar necessário, sempre evidenciando a liberdade para que ele fale de si quando achar oportuno (CORREA; SILVEIRA, 2019).

Uma alternativa viável no acompanhamento psicológico de pacientes dialíticos é o relaxamento. Uma técnica muito usada no ambiente hospitalar, que tem mostrado resultados positivos no enfrentamento da doença. Seus efeitos físicos são percebidos em mudanças imediatas (diminuição da pressão sanguínea, da frequência cardíaca, do ritmo respiratório e do consumo de oxigênio) e em mudanças em longo prazo (resposta do corpo à adrenalina, diminuição da ansiedade e depressão e, melhora na capacidade de lidar com situações estressantes do cotidiano). Ele propicia momentos de prazer e alegria, amenizando o impacto psicológico de comunicações e relações interpessoais negativas, atuando desta forma, no bem-estar físico e psíquico do sujeito (PAULA et al, 2017).

## Suporte espiritual

Pacientes e familiares sentem-se mais protegidos e acolhidos com o suporte familiar e espiritual, considerando um apoio imprescindível no enfrentamento do tratamento (COUTINHO; COSTA, 2015).

Para o paciente em fase final de vida se ajustar às necessidades espirituais, é preciso primeiramente aliviar e controlar todos os seus desconfortos físicos. É certo que uma pessoa com dor intensa não tem condições de analisar o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado perturba a sensação de plenitude tão desejada (MALAGUTI et al, 2015).

A assistência integral à pessoa com DRC inclui dimensão espiritual para facilitar as condições de enfrentamento da enfermidade e o seu processo terapêutico. Um estudo realizado com 118 pacientes dialíticos constatou que o bem-estar espiritual é diretamente proporcional à sua autoestima, ou seja, quanto mais espiritualizada uma pessoa for, melhor é a sua autoestima. Esses aspectos harmonizam, confortam, consolam e desenvolvem de valores como o amor, a crença e a fé. A relação entre o bem estar espiritual e a autoestima, tem

ISBN 978-65-86901-26-9

o intuito de estimular reflexões sobre as estratégias de enfrentamento, numa perspectiva que extrapole a dimensão biológica dos modelos assistenciais, a fim de que a pessoa se sinta parte integrante do processo, ou seja, corresponsável pelo seu próprio cuidado (CHAVES et al, 2015).

Estudo realizado com 100 pacientes dialíticos, comprovou a relação diretamente proporcional entre espiritualidade/religiosidade e melhor qualidade de vida. Os pacientes mais espiritualizados, têm menos estresse, nervosismo, desânimo e depressão. Se adaptam ao tratamento com mais sucesso, usam menos serviços de saúde, têm hábitos de vida mais saudáveis, maior vitalidade, melhor qualidade de vida e saúde mental, são mais tranquilos e felizes (MALAGUTI et al, 2015).

## Cuidados Paliativos

A associação da diálise à baixa qualidade de vida (QV) e, a associação dos Cuidados Paliativos (CP) exclusivamente aos pacientes oncológicos em fase terminal, são muito comuns. Todavia os CP não são exclusivos para pacientes oncológicos, devem ser ofertados a todos os portadores de doenças crônicas ou ameaçadoras à vida (OMS, 2002). Isso justifica a assistência dos CP à DRC. Idosos acometidos desta nefropatia geralmente têm alguma fragilidade associada, em comparação aos portadores da doença em idade inferior. Essa relação eleva o risco de mortalidade em 2,6 vezes e de internações em 1,4 vezes (em decorrência de quedas, hospitalização e dependência de cuidados prolongados) (DAVISON; JASSAL, 2016).

Pacientes dialíticos podem receber cuidados paliativos, porque a inserção de novas intervenções objetiva a prevenção de complicações, o alívio de sintomas e consequentemente a melhoria da qualidade de vida. Entretanto, se for vontade do paciente, deve-se considerar a possibilidade do tratamento não dialítico (conservador), pois o planejamento dos cuidados deve se adaptar aos desejos dele e a decisão de ver sempre compartilhada, a fim aliar as prioridades clínicas à sua vontade. É difícil atingir esse objetivo quando a equipe de saúde tem formação curativista, não se importando com o desejo seres cuidados, impondo as decisões baseadas apenas na avaliação do estado clínico (DAVISON; JASSAL, 2016).

Enfermeiros em ambientes de hemodiálise precisam convidar e apoiar pacientes e familiares próximos a falar sobre sua situação de vida com a doença e seus pensamentos para o futuro, dando-lhes a oportunidade de planejar

e prepare-se para uma boa vida no final, com ou sem hemodiálise. O planejamento antecipado de cuidados deve acontecer através de comunicação contínua, com a negociação de opções que facilitem a continuidade dos cuidados com toda a pessoa, de forma que atenda às necessidades específicas desses. É necessário integrar a filosofia dos cuidados paliativos nas unidades de hemodiálise com equipes de cuidados paliativos para apoiar esses idosos na busca do bem-estar no final da vida (AXELSSON et al, 2015).

Pacientes acometidos por DRC sofrem de alta carga de sintomas, mas há um perfil de sintomas semelhante na pré-diálise e diálise. O sintoma mais frequente nos dois grupos é a fraqueza. A integração da Nefrologia aos CP pode contribuir com a melhoria do cuidado e alívio do sofrimento causado pelos sintomas, por isso é tão importante planejar intervenções necessárias para o seu manejo (SÁNCHEZ et al, 2017).

A diálise paliativa geralmente é vista como antecedente da suspensão da diálise, mas na verdade é uma opção viável de adequar a indicação clínica à preferência do paciente, esta opção daria mais prioridade à qualidade de vida invés da sobrevivência. Inúmeras intervenções podem ser adotadas para melhorar o bem estar dentro desta alternativa de tratamento: reduzir o tempo das sessões, aumentar a frequência ou até retirar a diálise se o paciente desejar. Em muitos casos, essas simples alterações no cronograma melhoraram a tolerância e o bem estar, já que a dosagem e o momento da diálise são variáveis e afetam o idoso com limitações físicas ou sociais. Lembrando que a tomada de decisão é compartilhada entre equipe, indivíduo e família, sempre em prol da melhoria dos sintomas e da melhor qualidade de vida (DAVISON; JASSAL, 2016).

De acordo com nefrologistas em todo o mundo, a qualidade dos cuidados conservadores e paliativos para pessoas com DRC avançada atualmente é subótimo. Novas pesquisas desenvolverão medidas paliativas oportunas para modelos de assistência que melhorem os resultados dos pacientes em estágios avançados da DRC (CHAMBERS et al, 2018).

É necessário reconfigurar o sistema de saúde para adaptar os cuidados para o paciente idoso com DRC avançada, implantar e implementar planos de cuidados voltados a este público e seus cuidadores, no enfrentamento das decisões sobre "se" e "quando" iniciar a diálise, incluindo cuidados conservadores para os que preferem não receber diálise (O'HARE et al, 2017).

Os profissionais atuantes em serviços de nefrologia precisam refletir sobre até que ponto a diálise contribui com a promoção ou a perda de qualidade

de vida ao idoso nefropata. Para a assistência paliativa, as melhores soluções são sempre personalizadas, adaptada ao desejo do indivíduo e da família (PICCOLI; SOFRONIE; COINDRE, 2017), levando em consideração seu bem estar físico, psíquico, social e espiritual.

## Considerações finais

Tendo em vista a necessidade de atender o indivíduo holisticamente, foram expostas as principais dificuldades e desafios vivenciados pelo paciente dialítico e as estratégias de enfrentamento para enfermagem, farmácia, terapia ocupacional, psicologia, suporte espiritual, cuidados paliativos e, voltadas aos familiares e cuidadores, pessoas pouco lembradas mas fundamentais na assistência ao idoso paciente portador de nefropatia grave.

O presente estudo constatou que a DRC ainda é pouco estudada diante do seu alto índice na população. Raríssimas pesquisas retrataram esse contexto direcionado ao paciente idoso. Os estudos encontrados eram relacionados a uma área específica do tratamento ao nefropata, não sendo encontrados estudos que abordassem as ações de diversas profissões reunidas num mesmo estudo. Não foram encontradas pesquisas com este fim, que abordassem a assistência voltada à fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia. Ficou evidente que a literatura científica ainda carente de estudos especificamente voltados para a assistência ao idoso portador de doença renal crônica.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AXELSSON, Lena. et al. **End of life of patients treated with haemodialysis as narrated by their close relatives.** Scandinavian Journal of Caring Science**,** v.29, p.776–784**,** 2015. Disponível em: http://web-a-ebscohost.ez15.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=c60f0e21-9978-4317-aa83-45f022d05a53%40sdc-v-sessmgr02. Acesso em**:** 08/07/2020

BERLEZI, Greici Daiani. et al. **Apoio familiar no processo de transplante renal.** REFACS, Chapecó, v.6, n.3, 424-431, fev-ago 2018. ISSN 2318-8413. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/2165. Acesso em: 08/07/2020.

BOTELHO, Louise Lira Roedel; CUNHA, Cristiano Castro de Almeida; MACEDO, Marcelo. **O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais.** Gestão e Sociedade, Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136, maio-ago 2011. ISSN 1980-5756. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 27/07/2020.

CASTOLDI, Amanda Rafaela da Silva; GARCIA, Samira Michel; HARTWIG, Shaiana Vilella. **Assistência de enfermagem a pacientes em hemodiálise na Atenção Básica.** Revista Eletrônica Gestão & Saúde, v.7, n.3, p.1200-1215. fev-jul 2016. ISSN: 1982-4785. Disponível em: file:///C:/Users/Daniele/Downloads/Dialnet-AssistenciaDeEnfermagemAPacientesEmHemodialiseNaAt-5658766.pdf. Acesso em: 08/07/2020.

CHAMBERS, Shirley. et al. **Health service utilisation during the last year of life:** a prospective, longitudinal study of the pathways of patients with chronic kidney disease **stages** 3-5. BMC Palliative Care, 2018. Disponível em: https://www-ncbi-nlm-nih.ez15.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5887240/pdf/12904_2018_Article_310.pdf. Acesso em: 08/07/2020.

CHAVES, Erika de Cassia Lopes. et al. **Associação entre Bem-Estar Espiritual e Autoestima em Pessoas com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v.28, n.4, p,737-743, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102=79722015000400012-&script-sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08/07/2020.

CORREA Rosimar Viana Baptista, SILVEIRA Bárbara. **Dificuldade de aceitação no processo saúde e doença diante o diagnóstico renal crônico:** a importância do psicólogo. Revista Mosaico, Vassouras, v.10, n.2, p.32-39, jul-dez 2019. Disponível em: http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1741/1326. Acesso em: 08/07/2020.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; COSTA, Fabrycianne Gonçalves. **Depressão e insuficiência renal crônica:** uma análise psicossociológica. Psicologia e Sociedade, João Pessoa, v.27, n.2, p.449-2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000200449&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08/07/2020.

DAVISON, Sara N; JASSAL, Sarbjit Vanita. **Supportive Care:** Integration of Patient-Centered Kidney Care to Manage Symptoms and Geriatric Syndromes. Clin J Am Soc Nephrol; v.11, p.1882–1891**,** 2016**.** Disponível em: https://cjasn.asnjournals.org/content/clinjasn/11/10/1882.full.pdf?with-ds=yes. Acesso em: 08/07/2020**.**

GOMES, Glaycy Celeste Monteiro. et al. **Doença renal crônica:** atuação do enfermeiro frente ao paciente geriátrico. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed.3, V.5, p.162-170. Março de 2019. ISSN: 2448-0959. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/35ce/1c3d135ddf15aa25852979c6b133f6444467.pdf?_ga=2.65429358.1954277541.1594070381-1848563755.1594070381. Acesso em: 08/07/2020.

HERNÁNDEZ-ZAMBRANO, Sandra Milena. et al. **Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería.** Enferm Nefrol; v.22, n.2, p.141-149, abr-jun 2019. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000200141&lng=es. Acesso em: 08/07/2020.

HO, Benedict John. et al. **An 11-Year Study of Home Hospice Service Trends in Singapore from 2000 to 2010.** Journal of Palliative Medicine, v.20, n.5, p.461-472, 2017. Disponível em: https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2016.0268. Acesso em: 08/07/2020.

MALAGUTI, Isabela. et al. **Relação entre qualidade de vida e espiritualidade em pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise.** Medicina, Ribeirão Preto, v.48, n.4, p.367-379, 2015. Disponível em: https://core.ac.uk/reader/268327814. Acesso em: 08/07/2020.

MOTA, Dayane Carlos; COSTA, Josiane Moreira de; ANDRADE, Renata Aline de. **Identificação de intervenções farmacêuticas em idosos hospitalizados com acometimento renal.** Revista Brasileira de Farmácia. Hospitalar e Serviços de Saúde, v.7, n.2, p.35-41, 2016. Disponível em: https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/255/259. Acesso em: 08/07/2020

NEVES, Precil Diego Miranda de Menezes. et al. **Censo Brasileiro de Diálise:** análise de dados da década 2009-2018. Braz. J. Nephrol, v.42, n.2, p.191-200, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jbn/2020nahead/pt_2175-8239-jbn-2019-0234.pdf. Acesso em: 08/07/2020.

O'HARE Ann M. et al. **Research Priorities for Palliative Care for Older Adults with Advanced Chronic Kidney Disease.** Journal of Palliative Medicine, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5421510/. Acesso em: 08/07/2020.

PAULA Tailah Barros de. et al. **Potencialidade do Lúdico como Promoção de Bem-Estar Psicológico de Pacientes em Hemodiálise.** Psicologia ciência e profissão, São Paulo, v.37, n.1, p.146-158. jan-mar 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100146&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08/07/2020.

PICCOLI, Giorgina Barbara; SOFRONIE, Andreea Corina; COINDRE, Jean-Philippe. **The strange case of Mr. H. Starting dialysisat 90 years of age:** clinical choices impacton ethical decisions. BMC Medical Ethics, 2017. Disponível em: https://www-ncbi-nlm-nih.ez15.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5680775/pdf/12910_2017_Article_219.pdf. Acesso em: 08/07/2020.

SÁNCHEZ, Daniel Gutiérrez**.** et al. **Perfil sintomático de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Estadio 4 y 5.** Enferm Nefrol, v.20,

n.3, p.259-266, 2017. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n3/2255-3517-enefro-20-03-00259.pdf. Acesso em: 08/07/2020.

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Nefrologista fala sobre doença renal crônica.** Brasil. 2020. Disponível em: https://radios.ebc.com.br/tarde-nacional/2018/03/nefrologista-fala-sobre-doenca-renal-cronica. Acesso em: 08/07/2020.

SELLARS, Marcus. et al. **Case-control study of end-of-life treatment preferences and costs following advance care planning for adults with end-stage kidney disease.** Asian Pacific Society of Nephrology, v.24, p.148–154, 2019. Disponível em: http://web-a-ebscohost.ez15.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=1013ae10-67f4-44f2-ac-69-420581e534ee%40sdc-v-sessmgr02. Acesso em: 08/07/2020.

XAVIER, Vanderleia; LIMA, Carlos Bezerra. **Tratamento da doença renal crônica:** abordando as contribuições da teoria do autocuidado. Temas em Saúde, João Pessoa, v.18, n.1, p.:305-323, 2018. ISSN 2447-2131. Disponível em: http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18116.pdf. Acesso em: 08/07/2020.

# PREVALÊNCIA E MORTALIDADE PELA COVID-19 E SUA RELAÇÃO COM OS IDOSOS COM PROBLEMAS CARDÍACOS NO BRASIL

Joebson Maurilio Alves dos Santos[1]
Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes[2]
Rodrigo Gomes de Arruda[3]
Rosana Alves de Melo[4]

**Resumo:** O objetivo do presente trabalho foi verificar a existência de correlação entre a porcentagens de idosos com doenças cardíacas e as taxas de disseminação e morte causadas pela COVID-19 nos estados brasileiros no período de fevereiro e março de 2020. Para isso, utilizou-se a análise espacial através de gráficos e mapas para indicar a distribuição espacial dos idosos com doenças do coração, segregados por faixa etária, e a distribuição dos casos de contaminação e letalidade da COVID-19 no espaço. Ato contínuo, fez-se uma análise descritiva das variáveis que poderiam vir a se correlacionar com as taxas da COVID-19 e utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para mensurar o grau de associação linear entre as variáveis. Considerou-se ainda a influência dos indicadores socioeconômicos dos estados brasileiros sobre os números referentes à COVID-19. Os resultados mostraram que existe uma correlação positiva e estatisticamente significante entre a porcentagem de idosos com problemas cardíacos e as taxas da COVID-19, indicando que estados

1 Mestre e Doutorando em economia pelo Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal de Pernambuco (PIMES/UFPE). Economista pela UFPE, joebsonmaurilio@gmail.com;

2 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, flavia.fernandes@upe.br

3 Doutor em Economia pelo Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal de Pernambuco (Pimes/UFPE). Professor do Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), rodrigogomesdearruda@gmail.com;

4 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, rosana.melo@univasf.edu.br.

com maior proporção de idosos nesses condições têm maiores números de casos confirmados e de mortes em decorrência da COVID-19. Testou-se a ainda a influência das variáveis socioeconômicas sobre as taxas de prevalência e morte pela COVID-19 e o resultados mostraram estatisticamente que os estados que têm maiores rendas *per capita*, maiores densidades demográficas e maior expectativa de vida têm, em média, maiores números de contágio e óbitos ocasionados pela COVID-19.
**Palavras-chave:** Idosos, Problemas Cardíacos, COVID-19.

## Introdução

Em 2019, a China conheceu um vírus, chamado de novo coronavirus, causador da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) através de uma doença chamada COVID-19 que se espalhou pelo mundo e pouco tempo depois o número de pessoas portadoras da COVID-19 fez a W*orld Health Organization* (WHO) considerar que o mundo estava diante de uma pandemia e passou a sugerir medidas de isolamento social para combater a propagação do vírus (BARROT; GRASSI; SAUVAGNAT, 2020).

A pandemia causada pelo novo coronavirus fez com que muitos países adotassem algum tipo de medida restritiva do ponto de vista do contato social. (WHO, 2020). Pessoas portadoras da COVID-19 podem ser assintomáticas ou apresentar casos leves ou até mesmo graves. Desde o início da pandemia causada pelo novo cornavirus até março de 2020 já contabilizou-se milhares de mortes em todo o mundo.

Diante disso, diversos países passaram a adotar diversas medidas como forma de amenizar o surto da COVID-19. Diante disso, diversos esforços têm sido empregados para se entender os determinantes da COVID-19 e para criar uma forma que seja eficaz para combater o novo coronavirus.

Pesquisas empíricas têm sido elaboradas com o objetivo de se verificar quais são os determinantes da COVID-19. Características socioeconômicas das localidades se mostraram preditoras da taxa de infecção e do número de mortes em diversas lugares do mundo, bem como características ambientais e sociais, pois a vulnerabilidade à pandemia nas diversas regiões do mundo é determinada por essas características. Espera-se que regiões com melhores indicadores sociais e econômicos sejam menos vulnerável a choques exógenos como aqueles oriundos de uma pandemia, pois lugares onde a população tem maior nível educacional, mais acessos a serviços de saúde, entre outras coisas, estão menos susceptíveis aos efeitos adversos que são causados pelo estado de pandemia vivido (SNYDER E PARKS, 2020; NOY ET AL., 2020; GULIYEV,2020).

Diversos governos têm a difícil escolha: preservar a saúde e a vida de seus concidadãos, adotando as medidas de isolamento social, ou não seguir tal recomendação e manter a economia em funcionamento com produção e demanda para preservar empregos e renda. Neste caso, os políticos acabam tendo uma influência direta nas taxas de prevalência e morte por COVID-19 e quanto maior for seu nível de aprovação em quanto governante, maior será o efeito do

ISBN 978-65-86901-26-9

seu discurso sobre o comportamento da população que delega aos governantes a missão de escolher o melhor caminho a seguir, pois existe uma assimetria de informação entre governo e população no tocante à COVID-19, uma vez que o governo é dotado de equipe técnica para analisar o conjunto de informações disponíveis e desenvolver as melhores estratégias de combate ao novo coronavirus (ALLCOTT ET AL., 2020; AJZENMAN; CAVALCANTI; DA MATA, 2020; MARIANI; MIRANDA; RETTL, 2020; GADARIAN; GOODMAN; PEPINSKY; THOMAS, 2020).

A COVID-19 se tornou um problema sério em todo o mundo e virou um caso de pandemia. Pessoas com comorbidades estão sendo consideradas como grupo de risco pelos órgãos internacionais de saúde (QINGXIAN,2020). Além disso, pessoas acima de 60 anos também fazem parte do grupo de risco de acordo (FOX ET AL., 2020). D'Adamo, Yoshikawa e Ouslander (2020) mostraram que idosos são mais vulneráveis à COVID-19, principalmente quando estes são portadores de doenças crônicas. Liottai et al. (2020) mostraram que o isolamento social tem sido um determinante para diminuição da taxa de contágio entre idosos na Itália.

Pessoas com problemas cardíacos têm maiores chances de morte pela COVID-19 como mostrado em Zheng et al. (2020) que constataram danos ao miocárdio causados pela infecção do novo coronavírus. Além disso, esses autores mostraram que pessoas que sofrem de doenças do coração têm os piores prognósticos quando são portadoras da COVID-19 e necessitam de maior assistência médica.

Marijon et al. (2020) fizeram uma análise das taxas de paradas cardíacas na cidade francesa de Paris nos períodos pré e pós início da pandemia e constataram que a COVID-19 foi responsável pelo aumento de aproximadamente um terço da incidência de paradas cardíacas ao final do mês de março de 2020.

Desta forma, o presente trabalho buscou mapear a distribuição espacial dos casos de prevalência e morte pela COVID-19 e investigar a correlação, através do coeficiente de Pearson, entre a quantidade de idosos em determinado estado e os números de prevalência e mortes pela COVID-19 por 100 mil habitantes nos estados brasileiros. Além disso, fez-se uma análise descritiva e um exercício de correlação com as variáveis socioeconômicas, pois, conforme achados recentes da literatura, essas variáveis podem estar associadas à disseminação e a morte pela COVID-19.

Os resultados obtidos mostraram que estados que têm na sua composição etária maior número de idosos com problemas cardíacos, têm maiores

taxas de prevalência e morte pela COVID-19. Constatou-se também que, das características socioeconômicas incluídas na análise, as variáveis densidade demográfica e renda *per capita* têm uma associação positiva com as taxas referentes à COVID-19 e que as variável que indica a proporção de pessoas com

ensino fundamental completo têm uma correlação negativa com as taxas de disseminação e mortalidade pela COVID-19.

## Metodologia

Nesta pesquisa foram utilizadas as taxas de prevalência (casos confirmados) e de mortes decorrentes da COVID-19 entre os dias 01 de fevereiro e 30 de março de 2020, socioeconômicas dos estados brasileiros. Os dados referentes à COVID-19 são oriundos do Ministério da Saúde e os dados socioeconômicos são originados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Utilizou-se ainda os dados da proporção de idosos nos estados brasileiros diagnosticados com doenças do coração originados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo IBGE (PNS).

Para se analisar a associação entre os idosos diagnosticados com problemas cardíacos nos estados brasileiros e as taxas relacionadas à COVID-19, fez-se o uso do coeficiente de correlação de Pearson que é dado por

$$\rho = \frac{\sum_{i=1}^{n} w_i (x_i - \bar{x})(y_i - \overline{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^{n} w_i (x_i - \bar{x})^2}\sqrt{\sum_{1}^{n} (y_i - \bar{y})^2}}$$

onde $w_i$ são os pesos usados como ponderadores quando especificados. No contexto deste trabalho, fez-se $w_i = 1$. $x$ é a média aritmética da variável $x_i$ e $y$ é a média aritmética da varável (GREENE, 2012; WOODRIDGE, 20202; MADALLA, 1993).

O coeficiente de correlação proposto acima permitirá mensurar o grau de associação entre as variáveis e também a direção dessa associação, uma vez que as variáveis podem ser positiva ou negativamente correlacionadas.

## Resultados e discussão

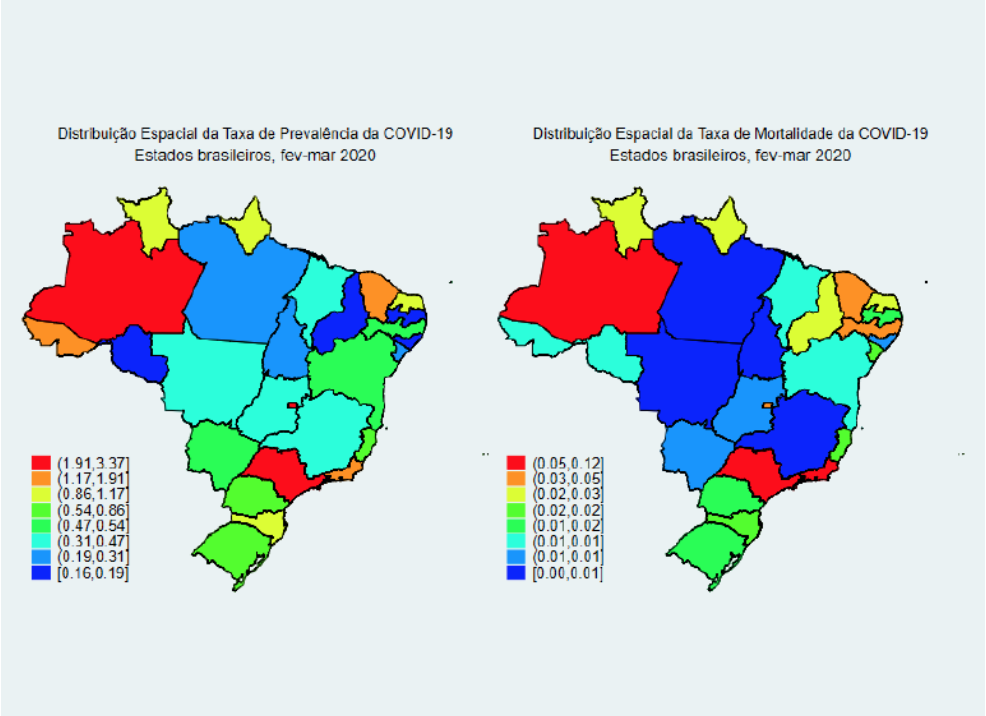
Nas pesquisas empíricas, para a investigação de determinado fenômeno, é necessário que se entenda o comportamento das variáveis no ambiente em que tal fenômeno ocorre, pois características do ambiente podem se mostrar

ISBN 978-65-86901-26-9

importantes preditoras do comportamento de uma determinada variável (ELHORST, 2010, 2011; LESAGE; PACE, 2009; ANSELIN, 1988, 2003).

Inicialmente foi feita uma análise preliminar da distribuição espacial das taxas associadas à COVID-19 é feita a partir da Figura 1, onde é possível ver que os estados de São Paulo, Amazonas e o Distrito Federal foram os que registraram o maior número de casos de pessoas infectadas pelo novo coronavírus por 100 mil habitantes. Já a taxa de mortalidade por cem mil habitantes em decorrência da COVID-19 foi maior nos estados de São Paulo, Amazonas e Rio de Janeiro. A distribuição das taxas de COVID-19 nos estados brasileiros não parecem estar intimamente relacionadas, pois a maioria dos estados que apresentam maiores taxas de casos confirmados não apresentam altas taxas de mortalidade, com exceção do estado de São Paulo e do estado do Amazonas. Este fato pode estar relacionado, dentre outras coisas, com as características socioeconômicas das localidades.

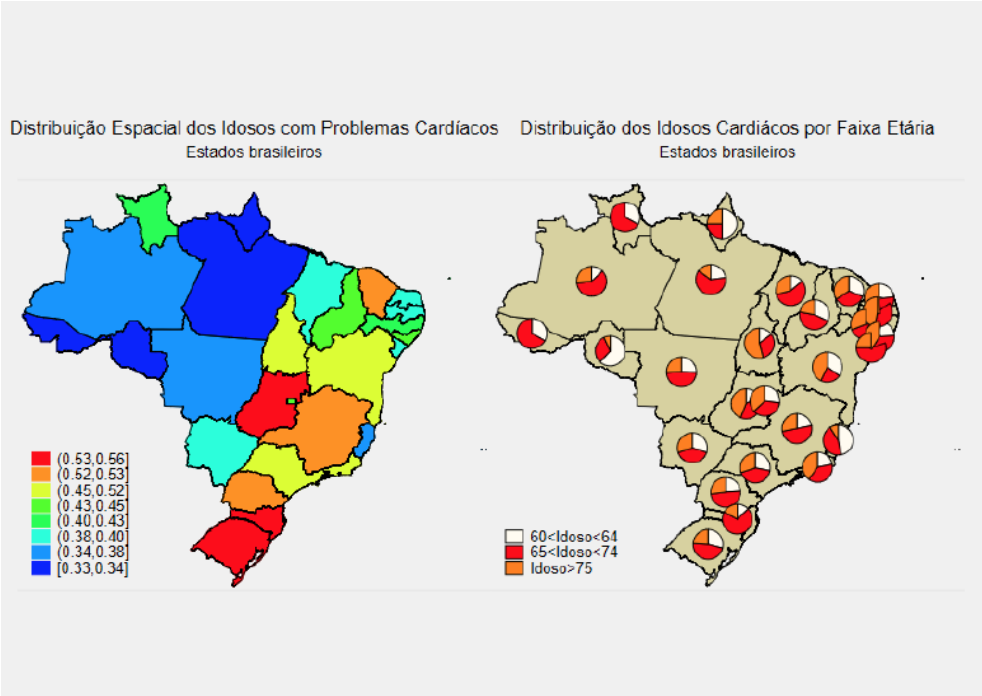
Figura 1. Distribuição espacial das taxas de prevalência e morte pela COVID-19 entre fevereiro e março de 2020 nos estados brasileiros.




Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Figura 2, à esquerda, tem-se que as maiores proporções de idosos com doenças cardíacas em relação ao total de cardíacos na população são nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e em Goiás, seguidos por Minas Gerais e Ceará. Na Figura 2, à direita, é apresentada a distribuição dos idosos com problemas cardíacos segregada por faixa etária, onde os estados do Nordeste do Brasil concentram a maior parte dos idosos com problemas cardíacos com idade superior a 65 anos. Já os estados da região Norte têm a maior proporção de idosos com problemas cardíacos com idade entre 60 e 64 anos.

Figura 2. Distribuição espacial da proporção de idosos com problemas cardíacos em relação ao total de cardíacos na população nos estados brasileiros.



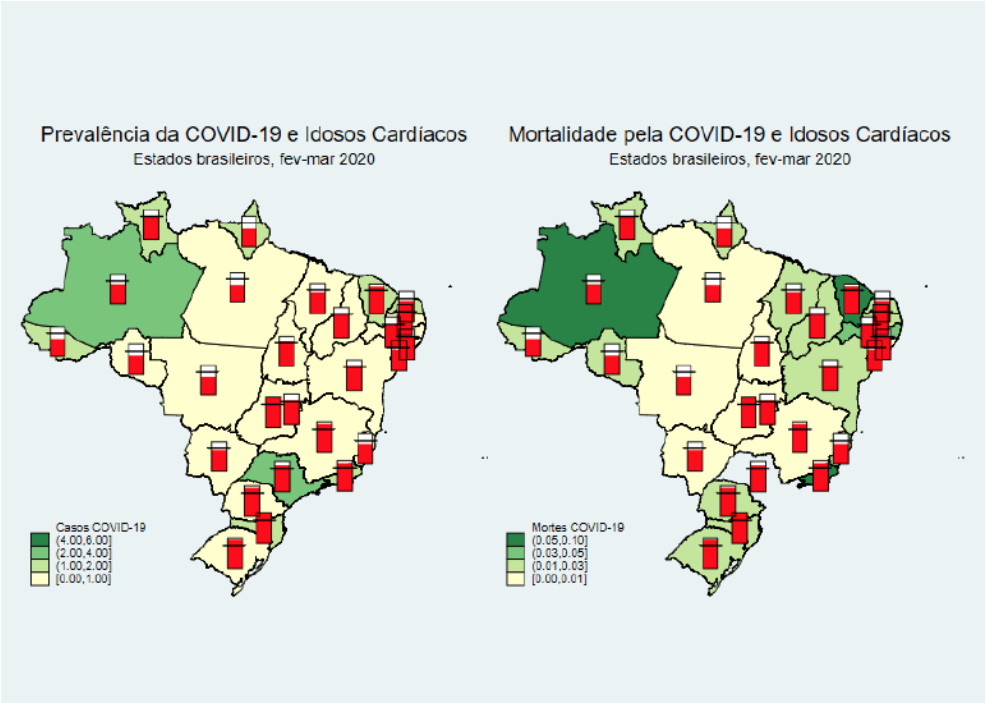

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Figura 3, relacionou-se através do espaço as taxas associadas à COVID-19 e a proporção de idosos com problemas cardíacos. O objetivo aqui é poder verificar se estados com maior número de idosos acometidos de doenças do coração também têm maiores números relacionados à COVID-19. As barras em vermelho representam a proporção de idoso cardíacos em determinado estado em relação a proporção média do país. Vê-se então na Figura 3 que estados onde há maiores taxas de prevalência e morte pela COVID-19 (áreas

em verde no mapa) também têm proporção maior de idosos com problemas cardíacos em relação média nacional. Isto sugere que exista uma correlação positiva, corroborando com diversos achados da literatura que destacam os idosos como pertencentes ao grupo de risco em relação COVID-19.

Determinantes idiossincráticos dos estados explicam tanto a distribuição espacial dos idosos com doenças do coração quanto as taxas de prevalência e morte pela COVID-19. Essa associação será testada estatisticamente mais a frente, porém preliminarmente é possível ver através do espaço uma associação positiva entre os idosos com problemas cardíacos e as taxas relativas à COVID-19.

Figura 3. Distribuições espaciais da proporção de idosos com problemas cardíacos e das taxas de prevalência e morte pela COVID-19 estados brasileiros.

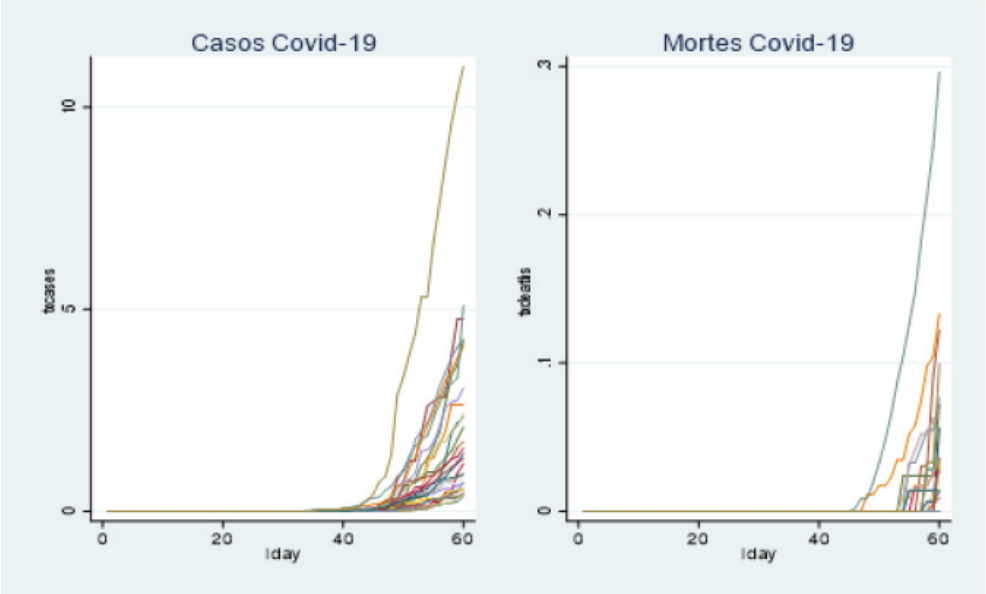



Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Figura 4, são apresentadas as taxas de prevalência e morte por cem mil habitantes pela COVID-19 nos estados brasileiros de primeiro de fevereiro a 30 de março. Cada linha dessa figura representa o comportamento das taxas de contaminação e óbito pela COVID-19 para cada estado da federação. Nesta figura, percebe-se a rápida evolução do número de casos e óbitos em

decorrência da COVID-19 no período analisado, o que mostra a velocidade da disseminação e da letalidade do novo coronavirus com o passar dos dias. Esta mesma velocidade no crescimento das taxas referentes à COVID-19 foi observada em diversos países do mundo e colocou as autoridades em saúde em alerta.

Figura 4. Evolução das taxas relacionadas à COVID-19 durante os meses de fevereiro e março de 2020.




Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a análise da distribuição das taxas de disseminação e óbitos pela COVID-19 através do espaço, passou-se a analisar as estatísticas descritivas relacionadas à COVID-19 e às variáveis socioeconômicas dos estados brasileiros. No caso da avaliação dos fatores que podem estar associados às taxas de contaminação e morte pela COVID-19, é importante investigar se existe associação entre os fatores socioeconômicos das regiões e o número de ocorrências envolvendo a COVID-19 (BORJAS, 2020).

Na Tabela 1, constata-se que a taxa média de pessoas com diagnóstico de infecção pelo novo coronavirus foi de 0.875 pessoas para cada cem mil habitantes, enquanto a taxa de mortalidade por cem mil habitantes foi de 0.025 para cada cem mil habitantes nos estados do Brasil entre fevereiro e março de 2020.

Em relação as variáveis socioeconômicas, tem-se que a média do índice de Gini, que neste caso mede a desigualdade de renda entre residentes de um mesmo estado, é de 0.61. Este índice varia entre 0 (zero) e 1 (um), onde 1 (um) significa que existe uma perfeita desigualdade de renda e 0 (zero) significa que a renda é igualmente distribuída entre os residentes de determinado estado. A proporção de pessoas com ensino fundamental completo em média de 13% da população. A densidade demográfica média dos estados é de 68.09 pessoas por km$^2$. Já a renda média *per capita* nas unidades federativas do Brasil é de R$ 1.238,00 e a expectativa de vida média nos estados é de 74.71 anos.

Analisando a distribuição etária das pessoas idosas diagnosticadas com doenças do coração constatou-se que 28% delas têm em média entre 60 a 64 anos, 39.9% têm entre 65 e 74 anos e 32% têm em média mais de 75 anos de idade.

Tabela 1. Estatísticas descritivas.

| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Variáveis** | **N** | **Média** | **D.P.** | **IC95%*** | |
| Prevalência | 27 | 0.875 | 0.782 | 0. 566 | 1.184 |
| Mortalidade | 27 | 0.025 | 0.027 | 0.014 | 0.036 |
| Gini | 27 | 0.601 | 0.0398 | 0. 584 | 0.666 |
| fund_comp | 27 | 0.130 | 0.0159 | 0.123 | 0.136 |
| Dens | 27 | 68.09 | 105.8 | 26.23 | 109.9 |
| Renda | 27 | 1,238 | 476.7 | 1049.3 | 1426.5 |
| Expvida | 27 | 74.71 | 2.550 | 73.69 | 75.71 |
| Idoso60_64 | 27 | 28 | 48.63 | 8.763 | 47.236 |
| Idoso65_74 | 27 | 39.96 | 81.18 | 17.847 | 82.078 |
| Idoso75_mais | 27 | 32.04 | 54.17 | 12.421 | 55.282 |

*IC95% - Intervalo de Confiança de 95% para a média

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Tabela 2, é apresentado o coeficiente de correlação entre as taxas de prevalência e morte pela COVID-19 e o percentual de idosos por faixa etária (CAMERON; TRIVEDI, 2009). Observa-se que as taxas de prevalência e morte, como esperado, se correlacionam positivamente e é estatisticamente significante ao nível de 5%, indicando que estados que têm maiores taxas de contaminação também têm maior taxa de mortalidade por cem mil habitantes (FOX ET AL., 2020). Ato contínuo, vê-se que a correlação entre os idosos

diagnosticados com doenças do coração e as taxas de infecção e morte pela COVID-19 é positiva e estatisticamente significante ao nível de 5%. Isto indica que estados com maior proporção de idosos portadores de doenças cardíacas também apresentam maiores taxas de contaminação e de morte pelo novo coronavirus (D'ADAMO, YOSHIKAWA E OUSLANDER, 2020). A correlação positiva entre percentual de idosos e as taxas da COVID-19 ocorre nas três faixas etárias testadas, indicando que a partir dos 60 anos, os riscos relacionados a COVID-19 é maior nesse estrato da população.

Tabela 2. Correlação entre as taxas de prevalência e mortalidade pela COVID-19 e o percentual de idosos com problemas cardíacos por faixa etária.

| Variáveis | Prevalência | Mortalidade | Idoso60_64 | Idoso65_74 | Idoso75_mais |
|---|---|---|---|---|---|
| Prevalência | 1.000 | | | | |
| Mortalidade | 0.985* | 1.000 | | | |
| Idoso60_64 | 0.899* | 0.872* | 1.000 | | |
| Idoso65_74 | 0.790* | 0.748* | 0.954* | 1.000 | |
| Idoso75_mais | 0.868* | 0.833* | 0.973* | 0.955* | 1.000 |

Significantes ao nível de 5%.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados obtidos na Tabela 2 estão em consonância com outros achados recentes da literatura que mostraram que idosos são mais vulneráveis aos danos causados pela COVID-19 e que esses danos são potencializados quando os idosos apresentam comorbidades dentre as quais destacam-se doenças do coração, uma vez que suas chances de vir a óbito em decorrência da contaminação pelo novo coronavirus é maior (LIOTTAI ET AL., 2020; FOX ET AL., 2020).

As mortes causadas pela COVID-19 em idosos com histórico de problemas de coração se deve ao fato que a COVID-19 causam danos ao miocárdio e isto dificulta a recuperação de pacientes com essas doenças do coração (ZHENG ET AL., 2020) e aumenta o número de obtidos por paradas cardíacas (MARIJON ET AL., 2020).

Na Tabela 3, apresenta-se as correlações das variáveis socioeconômicas dos estados com as taxas da COVID-19. Os resultados mostram que estados com maior densidade demográfica apresentam maior taxa de disseminação da COVID-19, bem como estados com maior expectativa de vida também têm maiores taxas de contaminação do novo coronavirus. O mesmo resultado

foi verificado para a variável renda que indica que estados com maior renda *per capita* também têm enfrentado maiores taxas médias de contaminação e mortalidade pela COVID-19. Já a correlação com as taxas de morte pela COVID-19, foi possível constatar que maior nível de renda *per capita* correlaciona-se positivamente com as taxas de mortalidade. Uma maior expectativa de vida nos estados também indicam que tais estados podem ter maiores taxas de letalidade em decorrência da COVID-19, uma vez que estas variáveis se mostraram positivamente correlacionadas.

Os índices de Gini e a proporção de pessoas com ensino fundamental completo, embora apresentem correlação negativa com as taxas de prevalência e morte pela COVID-19, não tiveram significância estatística. Desta forma, não há como associar estatisticamente estas variáveis a partir do coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 3. Correlação entre as taxas de prevalência e mortalidade pela COVID-19 e as variáveis socioeconômicas dos estados brasileiros.

| Variables | Prevalência | Mortalidade | Fund_comp | Dens | Renda | Expvida | Gini |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Prevalência | 1.000 | | | | | | |
| Mortalidade | 0.985* | 1.000 | | | | | |
| Fund_comp | -0.116 | -0.097 | 1.000 | | | | |
| Dens | 0.380* | 0.310 | -0.106 | 1.000 | | | |
| Renda | 0.433* | 0.346* | -0.129 | 0.695* | 1.000 | | |
| Expvida | 0.416* | 0.326* | 0.023 | 0.445* | 0.821* | 1.000 | |
| Gini | -0.129 | -0.090 | -0.273 | 0.124 | -0.484* | -0.626* | 1.000 |

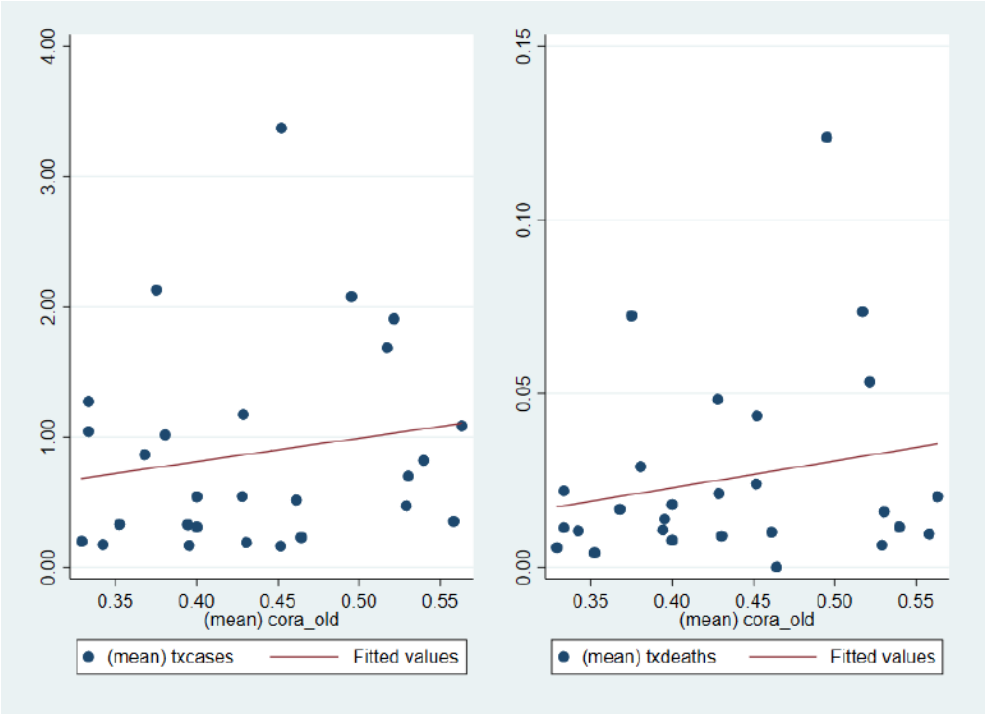
*Significantes ao nível de 5%.
Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados obtidos na Tabela 3 estão de acordo com resultados encontrados em pesquisas que verificaram a influência dos fatores econômicos e sociais nos números relacionados ao novo coronavirus, pois os estragos provocados pela pandemia da COVID-19 estão diretamente relacionados com o ambiente econômico e social de determinada localidade e são considerados determinantes da vulnerabilidade das regiões à propagação e letalidade do novo coronavirus (SNYDER E PARKS, 2020; NOY ET. AL.,2020).

Na Figura 5 são apresentados gráficos de dispersão entre o percentual de idosos com problemas cardíacos e as taxas de prevalência e óbito pela COVID-19 nos estados do Brasil. No gráfico à esquerda, vê-se uma associação positiva

entre a proporção de idosos com doenças do coração e as taxas de prevalência da COVID-19, a partir de um reta de ajuste plotada que indica a direção positiva da associação entre as variáveis em conformidade com os resultados mostrados na Tabela 2. No gráfico à direita, também constatou-se uma relação positiva entre o número de idosos com problemas cardíacos e as taxas de mortalidades pela COVID-19. Aqui também plotou-se uma reta de ajuste que mostra a correlação positiva entre essas duas variáveis.

Figura 5. Gráfico de dispersão entre as taxas de prevalência em (a) e morte em (b) pela COVID-19 e o percentual de idosos com problemas cardíacos nos estados brasileiros entre fevereiro e março de 2020.




Fonte: Elaborado pelos autores.

## Considerações finais

A origem e as causas que levaram o mundo a conhecer o novo coronavirus ainda não são conhecidas, porém seus efeitos já estão sendo sentidos em escala mundial. Este vírus é responsável pelo surgimento da COVID-19 que pode levar os indivíduos a desenvolver uma síndrome respiratória grave e

que levam ao óbito. A pandemia causada pelo novo coronavirus tem mudado drasticamente a forma de interação social em todo o mundo. Governos e a população de um modo geral, buscam se protegem da COVID-19 enquanto não se cria uma forma eficaz de erradicação do vírus. A população, por sua vez, devido à incompletude de informação referente ao novo coronavirus, espera que o governo adote as medidas necessárias para minimizar os efeitos negativos da pandemia sobre suas vidas, pois o governo é o dotado de corpo técnico que pode analisar a real gravidade da situação juntamente com os órgãos internacionais de saúde e, desta forma, orientar com maior eficácia as ações das pessoas com vistas a preservar suas vidas diante do atual estado de crise sanitária que o mundo vem vivendo desde o surgimento do novo coronavirus.

O caos econômico causado pela pandemia da COVID-19 tem feito alguns governos adotar regras mais brandas de isolamento social com o intuito de salvar empregos e nível de renda *per capita* da população. O discurso do governo tem maior impacto em lugares onde seu índice de aprovação é maior, neste caso, existe uma maior credibilidade das ações governamentais diante do estado de incerteza causado pela pandemia. Assim, diante de medidas brandas de isolamento social, lugares mais adensados acabam por sofrer maiores incrementos nas suas taxas de prevalência e letalidade da COVID-19 em decorrência da maior quantidade de pessoas em um dado espaço.

Pessoas portadoras de doenças podem ser, com maior frequência, vítimas da COVID-19 e são consideradas como pertencentes a um grupo de risco. A situação se agrava quando se trata de idosos, pois a avançada idade traz consigo muitas comorbidades. Desta forma, este trabalho procurar identificar como estão distribuídos os idosos com problemas cardíacos nos estados brasileiros e também a distribuição espacial das taxas referentes a contaminação e morte pela COVID-19 para que fosse possível verificar uma associação entre estas variáveis. Além disso, analisou-se a associação entre as características socioeconômicas dos estados brasileiros e os número referentes ao novo coronavirus em seus respectivos territórios.

Fazendo uso do coeficiente de correlação de Pearson foi possível verificar estatisticamente a existência da associação positiva entre os idosos com doenças cardíacas e as taxas da COVID-19, indicando que estados com maior proporção de idosos têm uma aumento médio nas taxas relativas à COVID-19. Este resultado é devido aos danos que a COVID-19 causam ao coração e que aumentam as chance de levar um indivíduo a óbito.

ISBN 978-65-86901-26-9

Os resultados obtidos sugerem que os cuidados com idosos com problemas cardíacos sejam aumentados em face ao estado de pandemia vivido atualmente, uma vez que a COVID-19 causa danos ao coração e que a pré-existência de doenças relativas a esse órgão dificulta a recuperação e aumenta a probabilidade morte em decorrência dos estragos causados pela COVID-19.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AJZENMAN, N.; CAVALCANTI, T.; DA MATA, D. **More Than Words: Leaders' Speech and Risky Behavior during a Pandemic** (April 22, 2020). Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3582908 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3582908

ALLCOTT, H.; BOXELL, A.; CONWAY, J.; GENTZKOW, M.; THALER, M.; YANG, D. Polarization and public health: partisan differences in social distancing during the coronavirus pandemic. NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH Working Paper. 2020. http://www.nber.org/papers/w26946

ANSELIN, Luc. **Spatial Econometrics: methods and models**. Kluwer Academic Publishers, 1988.

_____. Spatial Externalities, Spatial Multipliers, and Spatial Econometrics. **International Regional Science Review**, v.26, n. 2, p.153–166, 2003.

BARROT, J.; GRASSI, B.; SAUVAGNAT, J. Sectoral effects of social distancing. **Covid Economics.** Issue 3, 10 April 2020

BORJAS, G. Demographic determinants of testing incidence and Covid-19 infections in New York City neighbourhoods. **Covid Economics.** Issue 3, 10 April 2020.

CAMERON, A. C.; TRIVEDI, P. K. **Microeconometrics using Stata**. College station: Stata Press, 2009.

D'ADAMO, H.; YOSHIKAWA; T. OUSLANDER, J. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-Term Care: The ABCDs of COVID-19. **Journal Of The American Geriatrics Society** (2020).

ELHORST, J. P. (2010), **Spatial Panel Data Models**, Vol. C.2, Springer, chapter 2, pp. 377– 407.

ELHORST, J. P. (2011), 'Dynamic spatial panels: models, methods, and inferences', **Journal of Geographical Systems** 14, 5–28.

ELOI MARIJON, E.; KARAM, N.; JOST, D.; PERROT, D.; ET AL. V. Out-of-hospital cardiac arrest during the COVID-19 pandemic in Paris, France: a population-based, observational study. **The Lancet** (2020).

GADARIAN, K. GOODMAN S, PEPINSKY, S. W.; THOMAS, B., **Partisanship, Health Behavior, and Policy Attitudes in the Early Stages of the COVID-19 Pandemic** (March 27, 2020). Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3562796 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3562796

GREEN, W. H. **Econometrics Analysis.** 7. ed. Harlow: Pearson, 2012.

GULIYEV, H. Determining the spatial effects of COVID-19 using the spatial panel data model. **Spatial statistics**. https://doi.org/10.1016/j.spasta.2020.100443 2211-6753/© 2020

LESAGE, J. P.; PACE, R. K. **Introduction to Spatial Econometrics**. Chapman and Hall/CRC Press, 2009.

LIOTTA, G.; MARAZZI, ORLANDO, S; PALOMBI, L. Is social connectedness a risk factor for the spreading of COVID-19 among older adults? The Italian paradox. **PLOS ONE**, 20202

MADALLA, G. S. **The econometrics for panel data.** Bookfield: Elgar, 1993.

MARIANI, L.; MIRANDA, J.; RETTL, P. Words can hurt: How political communication can change the pace of an epidemic. **Covid Economics** Issue 12, 1 May 2020

NOY, I.; DOAN, N.; FERRARINI, B.; PARK, B. Measuring the economic risk of Covid-19. **Covid Economics** Issue 3, 10 April 2020

QINGXIAN, C.; FANG, C.; XIAOHUI, L.; TAO, L. QIKAI, W.; QING, W.; ZHAOQIN, H.; YINGXIA, W.; JUN, L.LEI, C.; XU, L. **Obesity and COVID-19 Severity in a Designated Hospital in Shenzhen, China**

**(3/13/2020)**. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3556658 or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3556658

SNYDER, B.; PARKS, V. **Spatial Variation in Socio-ecological Vulnerability to COVID-19 in the Contiguous United States**. 2020. Available at SSRN: http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3587713

STIER, A. BETTENCOURT, M. **COVID-19 Attack Rate Increases with City Size (March 30, 2020)**. Mansueto Institute for Urban Innovation Research Paper. Available at SSRN: https://ssrn.com/abstract=3564464

WOOLDRIDGE, J.M. 2002. **Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data**. Cambridge, MA: MIT Press.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations** (2005) **Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020.

ZHENG, Y., MA, Y., ZHANG, J. ET AL. COVID-19 and the cardiovascular system. **Nature Review Cardiology** 17, 259–260 (2020). https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5.s

# BREVE DISCUSSÃO SOBRE O CONTEXTO GERAL DA VELHICE (S) NA CONTEMPORANEIDADE[1]

Ms. Juliana de Aquino da Fonseca Doronin[2]

**Resumo:** O presente texto trata-se de recorte do projeto de pesquisa no nível de doutorado em andamento, intitulado: "A arte de viver: experiências universitárias com educação aberta às velhices" (PUC-SP), sobre algumas experiências de Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATIS) no Brasil nas IES no Paraná (UNATI e UNESPAR). Nesse recorte, foi realizada breve discussão e problematização sobre o contexto geral da velhice na contemporaneidade a partir de revisão bibliográfica e identificada à velhice em suas múltiplas subjetivações de poder o contexto da velhice enquanto capital humano fabricado pelo mercado; da velhice no sujeito de direitos, ligado à dimensão governamentizada por estatuto jurídico "engessado e padronizado" que não considera as singularidades desse sujeito de direitos e ; finalmente, à velhice enquanto estética da existência, ligada a produção da subjetividade no "artista da vida", com vontade de potência, aumentando positivamente ou negativamente à condução de sua vida, independente de sua idade cronológica. Identificamos-nos com o último, enquanto possibilidade de caminho, para pensar a velhice, por tratar-se dos sujeitos nas suas singularidades e relações políticas, sociais e

---

1 Financiado atualmente pelo CNPQ , trata-se de recorte do projeto de pesquisa no nível de doutorado em andamento, intitulado: "A arte de viver: experiências universitárias com educação aberta às velhices" (PUC-SP), aprovado em exame de qualificação realizada em 04 de Junho de 2020, sob orientação da Profa Dra. Silvana Tótora- professora do departamento de Política e dos programas de Estudos Pós-graduados em Ciências Sociais e de Gerontologia da PUC-SP e Pesquisadora do Núcleo de Arte, Mídia e Política - NEAMP - E-mail: silvanatotora@gmail.com. Esse texto será apresentado pela mesma autora, sob orientação da Profa Dra. Silvana Tótora, em comunicação oral, aprovado no formato de artigo completo intitulado: "O contexto geral da velhice (s) na contemporaneidade e algumas subjeções de poder" que irá compor os Anais do VII – CIEH.

2 Assistente Social; Mestra em Ciências Sociais (UEM) e bolsista do CNPQ como doutoranda vinculada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais (PUC-SP).
E-mail: julianadoronin@hotmail.com.br.

culturais diante dos seus modos de vida e existência, mais livres de códigos/ "amarras" e mais próximo da ética, enquanto política de vida, que considera o "artista legislador", no qual a ação dos sujeitos coletivos são protagonistas e gestores das políticas criadas em consonância com a vida e a história, na tentativa de romper com práticas e concepções da biopolítica.

**Palavras-chave:** velhice/envelhecimento, biopolítica, subjetivações de poder, estética da existência, universidade aberta a terceira idade.

## Introdução[3]

A maioria dos trabalhos com a temática da velhice e /ou envelhecimento, são iniciados pelos autores, justificando que o envelhecimento na atualidade é tratado como fenômeno social mundial, em decorrência das estatísticas que objetivamente, apresentam aumento populacional de pessoas acima de 60 anos no Brasil (IBGE 2015) e no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005), após a Segunda Guerra Mundial e redução de fecundidade.

Dessa forma, há necessidade evidente, de que os países procurem "se preparar" para atenderem essa geração dos "matusaléns" e "fim do culto à juventude" (SCHIRRMACHER, 2005), através de políticas públicas adequadas para necessidades desses idosos (a).

Essa "preparação" por vezes se dá na negação à própria velhice, carregada de estereótipos e manuais que partem de slogans apelativos do tipo: "como envelhecer rejuvenescendo"; "uma velhice ativa como sendo via única para o sucesso de uma velhice saudável" e outros.

Após a primeira assembleia da ONU (1982), e elaboração do plano de controle da população idosa pelos países, o centro da preocupação foi associar à longevidade a manutenção de uma "vida ativa".

Segundo (TÓTORA: 2017)[4] " longe de abordagens que reclama o consenso inclusivo da participação de todas as idades num programa comum de envelhecimento ativo e saudável", referindo-se a análise sobre Programa de Saúde do Idoso como Envelhecimento OPAS-OMS (2005)[5] e seus desdobramentos no Relatório Mundial de Envelhecimento e

3 Parte dessa introdução foi adaptada da obra de autoria própria intitulada :"Demarcações sociais de velhice(s) ilustradas em indicadores socioeconômicos de experiências universitárias no Paraná – BR". 001. ed. Maringá-PR: Sinergia Casa Editorial, 2019 (DORONIN & TOTORA).

4 TÓTORA, Silvana. (2017) . Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade. Revista Kairós Nº 20(1), pp. 239-258. São Paulo- SP. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p239-258/23081. Acesso em : 05 de Abril de 2020.

5 OPAS, OMS. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Suzana Gontijo, Trad. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4478.pdf. Acesso em 05 de Abril de 2020.

ISBN 978-65-86901-26-9

Saúde (2015)[6], no qual trás[7] algumas reflexões , contribuições e problematizações sobre tema de "envelhecimento ativo", defendido nesses documentos, podendo ser questionado e repensado à partir de algumas abordagens conceituais de Nietzsche[8], Deleuze[9] , Guarttari[10] e do próprio Foucault[11], no tocante a necessidade de pensar um percurso singular para o envelhecimento e a velhice, com base na potência e na ética como estética da existência, aproximando-se de um envelhecimento artista, promovendo o deslocamento do termo ativo , anexado ao envelhecimento, para artista. TÓTORA (2017: p 247).

Sabe-se que no Brasil, se têm um verdadeiro "dossiê", de legislações com base na Proteção Constitucional da Pessoa Idosa[12], porém percebe-se que ainda ineficientes, tendo e vista o "engessamento" das suas implementações. "Partem, por exemplo, do principio da definição de 'pessoa idosa' com base na definição cronológica do sujeito - a saber: - pessoa com idade igual ou superior a sessenta anos" (OMS).

Esse limite cronológico se dá para países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, e a legislação enquanto ferramenta para o mecanismo de controle passa a reconhecer a condição da velhice enquanto categoria social, destacada pelo termo idoso, enquanto direito.

Vários termos estereotipados sobre velhice são encontrados, carregados de subjetivações de poder. Segundo Birman (1995, apud. OLIVEIRA, 2016, p. 25), nos ajuda a refletir sobre os conceitos:

> [...] "Velho na percepção dos 'envelhecidos' das camadas médias e superiores está associada à pobreza, à dependência e à incapacidade, o que implica que o velho é sempre o outro. Já a noção de

6 OMS. (2015). Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em: http://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf. Acesso em 05 de Abril de 2020.

7 TÓTORA, Silvana. Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade. Revista Kairós Nº 20(1), pp. 239-258. São Paulo- SP. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p239-258/23081. Acesso em : 05 de Abril de 2020.

8 A vida como obra de arte, vontade, potência...

9 Sociedade de controle como dispositivo de poder.

10 Servidão maquinica.

11 E sua análise dos mecanismos de poder , governo de condutas e capital humano.

12 TAVARES, Ademário Andrade; LEITE, Glauco Salomão. A Proteção Constitucional da Pessoa Idosa. In: MENDES, Gilmar Ferreira et al. (coord.), **Manual dos Direitos da Pessoa Idosa**, São Paulo, Saraiva, 2017; Constituição de 1988; Estatuto do Idoso em 2003 e Política Nacional do Idoso (1994).

> "terceira idade" torna-se sinônimo dos 'jovens velhos', os aposentados dinâmicos que se inserem em atividades sociais, culturais e esportivas. Idoso, por sua vez, é a designação dos 'velhos respeitados'. **A expressão 'idoso' designa uma categoria social, no sentido de uma corporação, o que implica o desaparecimento do sujeito, sua história pessoal e suas particularidades. Além disso, uma vez que é considerado apenas como categoria social , o idoso, é alguém que existiu no passado, que realizou o seu percurso psicossocial e que apenas espera o momento fatídico para sair inteiramente da cena do mundo (grifo nosso).** BIRMAN (1995, apud. OLIVEIRA, 2016, p. 25).

Nesse sentido, o idoso, passa a ser respeitado, enquanto o sujeito de direitos, porém, sujeitado aos padrões legislativos, independente de suas singularidades. O que no nosso entendimento, descontrói à primeira sentença sobre - passa a ser respeitado-, considerando que por vezes, suas necessidades e singularidades deixam de existir, no qual é atribuído, apenas o critério de idade, segundo a legislação - acima de sessenta anos-, enquanto perspectiva de "velhice restrita ao sujeito de direitos[13]". Destacamos que ser sujeito de direitos é importante desde que esses direitos não sejam apenas uma formalidade legal.

Esse determinante etário, atribuído na legislação, no nosso entendimento, é limitante e demonstra claramente a maneira, por vezes - equivocada, de instituições e alguns especialistas em envelhecimento ou até gestores, "lidam" com a definição de tempo, como: um todo "amorfo ou homogêneo", sem diferenças ou antagonismos, gerando inclusive uma visão acrítica da questão, e repercussões equivocadas[14] sobre a reclassificação da velhice, como foi o caso, recentemente da circulação de notícia falsa, pelo aplicativo de whatsapp intitulado de "OMS reclassifica o conceito de Jovem/idoso", no qual o (a) idoso (a) passava a serem, pessoas de 80 a 99 anos de idade.

À velhice restrita a classificação etária, nos limita de pensarmos nas subjetividades e nas relações sociais em que os sujeitos se inserem e a sujeição social inerente[15] desses sujeitos.

---

13 Esclarecemos que ser sujeito de direitos é importante desde que esses direitos não sejam apenas uma formalidade legal, restrito a tentativa de cumprimento do universalismo formal e legal, que por vezes não dão conta das singularidades.

14 Disponivel em: http://www.saude.gov.br/fakenews/45542-oms-reclassifica-conceito-de-jovem-idoso-e-fake-news. Acessado em 10 de Setembro de 2019.

15 LAZZARATO, Maurízio. Signos, máquinas, subjetividades. Tradução Paulo Domenech Oneto. São Paulo:n.1, SESC Edições, 2014. Pp 13 a 51.

Utilizando esse raciocínio, se fizermos uma análise das subjetividades no sistema capitalista atual, percebemos que os sujeitos passam a fazer parte do mecanismo de produção e de poder da produção capitalista, para além da força de trabalho, por serem sujeitados aos dispositivos formados. Por exemplo; através da biopolitica em ações que visam o controle das doenças, evitando e postergando a morte.

Na nossa sociedade disciplinar, esses mecanismos, ditam manuais de "velhice ativa", que regulam o individuo, no qual são subjetivados, enquanto "via única para o envelhecimento com sucesso". Diferente da perspectiva de vida de Foucault , por exemplo que percebe a velhice como estética da existência[16], utilizado por TÓTORA (2015), para pensar a velhice.

Nesse sentido, compactuamos que o envelhecimento precisa ser considerado enquanto processo de "unidade na diferença" e "com diferenças" TEIXEIRA (2017), principalmente, enquanto processo e resultado da vida individual e social, marcado pelas desigualdades sociais, de classes (e nos seus segmentos de classe), gênero, raça, etnia etc.

Apesar das justificativas mencionadas por vários autores no que sugere a necessidade dos países se "prepararem" para o grande contingente de idosos que "ora", se anuncia, - no qual me incluo enquanto processo natural de vida, através das demandas cotidianas de políticas públicas adequadas e outras situações como: O cultivo das relações geracionais; O incentivo a programas de qualidade de vida para idosos; A diminuição da "cultura da institucionalização"; A defesa da velhice ativa e bem-sucedida etc. É crucial indagarmos: De que velhices estão falando? Que sujeitos são esses? Quais as singularidades e subjetividades que perpassam esses sujeitos? Que vivências eles trazem e quais estão por vir?

Dessa forma, os estudos, precisam ultrapassar as mudanças demográficas que já são claras quanto a revelação do aumento populacional dos sujeitos idosos (as), para uma concepção de que esses sujeitos de direitos, além de seres coletivos, representados nos dados censitários, também possuem suas(a) singularidades(a), ou seja; há uma necessidade eminente de pesquisas e estudos, que ultrapassem a justificativa de pensar a velhice, objetivada exclusivamente enquanto "fenômeno social num coletivo de sujeitos", com "necessidades

16 TÓTORA, Silvana. Velhice: Uma estética da existência. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2015.

iguais" e que podem ser atendidas dentro da padronização de "políticas públicas eficientes".

Havendo portanto, à necessidade de pesquisas e estudos na área do envelhecimento, devido ao aumento populacional dessa parcela de sujeitos de direitos, porém com destaque para problemática de que: Apesar da projeção de numeroso contingente de idoso (as), nem todos percebem, experimentam vivenciam a velhice/envelhecimento da mesma forma. E, portanto, além de fundamentações e justificavas para a necessidade da sociedade está preparada para "lidar com esses (as) velhos (as)", é necessário trazermos algumas reflexões e debates sobre que velho (a) está sendo mencionado.

## Metodologia

A metodologia utilizada no recorte desse artigo foi o método qualitativo através da revisão bibliográfica para identificação da velhice em suas múltiplas subjetivações de poder, com destaque para biopolítica mencionada por TÓTORA tratada por FOUCAULT e demais conceitos dialogados com TEXEIRA, BEAUVOIR, BAUMAN, DORONIN & OLIVEIRA, SCHIRRMACHER, LAZZARATO e outros (a), no recorte da pesquisa empírica do doutorado em andamento nas ciências Sociais pela PUC-SP.[17]

## Resultados e discussão

Em todo mundo, o número de pessoas com 60 anos ou mais tem crescido mais que o de qualquer outra faixa etária. Estima-se que em 2025 haverá 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, e o Brasil será o sexto país

17 Realizada de 01 de setembro de 2016 a 09 de novembro de 2018, com idosos participantes dos grupos em duas Instituições de Ensino Superior brasileiras, a saber: Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e o projeto de extensão "Viver Melhor" da Universidade Estadual do Paraná (UNESPAR), ambos com foco em cidadania, aprovada pelo comitê de ética , no qual foi realizada observação participante com os grupos mencionados e realizadas vinte entrevistas com os participantes e alguns familiares, dessas experiências, além de pesquisa documental sobre as IES . A pesquisa empirica foi aprovada pelo CEP - Comitê de Ética em Pesquisa PUC-SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo), conforme parecer: 2.991.642 ; Autorização individual de todos os idosos (as) e familiares entrevistados com assinatura em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização para realização da observação participante, das Instituições nos quais os grupos de idosos pesquisados estão vinculados .

do mundo em número de idosos, com cerca de 34 milhões de idosos em 2025. (World Health Organization, 2005).

De acordo com dados do último censo[18] do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) do ano de 2010, estima-se que a população idosa brasileira está envelhecendo e em um ritmo acelerado, uma vez que o Brasil atingiu marca de 190.755.799 habitantes e destes, 7,4% são pessoas com 65 anos ou mais (IBGE, 2011). As projeções segundo o IBGE divulgou em 2018[19], a população idosa (acima de 60 anos) deve dobrar no Brasil até o ano de 2042, na comparação com os números de 2017[20].

A Organização mundial da saúde orienta para que esse envelhecimento aconteça de maneira saudável, de acordo com os princípios das Nações Unidas em prol das pessoas idosas, está não somente questões relacionadas à saúde diretamente, mas também a independência individual, bem como a oportunidade de um trabalho remunerado e o acesso à educação e à formação para esses sujeitos ativos.

As políticas públicas de atendimento ao idoso foram implementadas no Brasil a partir da Constituição de 1988, e a implantação do Estatuto do Idoso em 2003, e desde então vem se percebendo avanços nas conquistas dos direitos.

No entanto, para que de fato a execução das políticas ocorra, faz-se necessária pesquisas e experiências que contribuam na direção do esclarecimento desses direitos junto à população idosa, caracterizada com mais de 60 anos de idade[21] e para além disso, a ampliação de discussões no sentido do debate , provocando reflexões que vão além do entendimento limitado da legislação, no sentido de considerar apenas a idade cronológica, como condição necessária e determinante para à entrada na velhice, desconsiderando que a velhice/

18 No ano de 2020 (em curso), os dados censitários, serão atualizados pelo IBGE. Porém até o momento, os dados de 2010, são os oficiais, pois são do último censo realizado. Qualquer outro dado são projeções e/ou levantamentos , uma vez que o censo é realizado à cada década.

19 Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso 10 de Abril de 2020.

20 De acordo com o levantamento, o país tinha 28 milhões de idosos em 2017 ou 13,5% do total da população. Em dez anos, chegará a 38,5 milhões (17,4% do total de habitantes). Em 2042, a projeção do IBGE é de que a população brasileira atinja 232,5 milhões de habitantes, sendo 57 milhões de idosos (24,5%). Em 2031, o número de idosos (43,2 milhões) vai superar pela primeira vez o número de crianças e adolescentes, de 0 a 14 anos (42,3 milhões) e antes de 2050, os idosos já serão um grupo maior do que a parcela da população com idade entre 40 e 59 anos.

21 Marco cronológico considerado pela legislação brasileira (PNI:1994 e Estatuto do Idoso: 2003), como requisito determinante para condição de "entrada na velhice".

envelhecimento perpassa por várias condições, sendo muitas vezes considerada enquanto construção social. ( Op. Cit. TEXEIRA: 2017).

De acordo com ZIMERMAN (2000, p.24) :

> [...] "O aumento de número de velhos no Brasil, até há pouco era considerado um país de jovens, começa a dar lugar a uma realidade diferente e traz a consciência de que a velhice existe e é uma questão social que pede uma atenção muito grande" .

Algumas práticas já vêm acontecendo como as políticas de assessoramento a comunidade, previstas por diversos profissionais, a exemplo do assistente social devido sua formação social; assistência no âmbito jurídico e psicológico; na área de saúde, assistências médicas não apenas hospitalares, mas também domiciliares, na área de interação e lazer, os Centros de Convivência, no âmbito da Educação, a instalação de cursos de formação continuada a exemplo das Universidades da Terceira Idade.

Percebe-se, contudo, que diante do crescimento populacional dos idosos no Brasil, o foco da Organização Mundial de Saúde passa a recomendar o "envelhecimento saudável" que, de acordo com a apresentação do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), deve ultrapassar a noção de ausência de doenças para "manutenção da habilidade funcional". Ou seja, apesar das limitações naturais do processo de envelhecimento, há uma "corrente" de recomendações de estudiosos no assunto para que esse processo seja "menos impactante" e mais otimista.

Esses discursos têm em sua raiz, a ideia do envelhecimento como "um problema do presente", no qual padrões de envelhecimento são impostos, na contramão do processo natural da potência da velhice como obra de arte e de existência. Utilizam clichês que associam "envelhecimento saudável" e "envelhecimento ativo", como mencionado, enquanto modelos que passam a ser o combate ao próprio envelhecimento (TÓTORA : 2015) no qual, nos tornamos alvos de controle e monitoramento do governo, mercado etc, é o que Foucault, chamou de "biopolítica"[22].

TÓTORA (ibid. 2015) faz uma conexão entre os termos conceituais vida e tempo que compõem o conceito de "velhice como acontecimento".

22 FOUCAULT (2008, apud. TÓTORA, 2015, p.13) enuncia a biopolitica como "O conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constituí suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder".

ISBN 978-65-86901-26-9

Concebe-se o "tempo como exterioridade pura"; e o "tempo como essa exterioridade de fora", sob a condição da dobra, é um tempo saído dos gozos que dobra e desdobra em acontecimentos novos e subjetividades por vir. Com essas coordenadas, com base em Deleuze, a autora formulou: "uma velhice existência como dobra do tempo do acontecimento, atualizando, a cada momento vivido (*kairós*), a vida como [d] obra de arte". "Portanto, envelhecemos, sim, em nosso corpo biológico, mas a vida como acontecimento renova nossas existências. O tempo passa como as idades, mas nada passa e tudo muda com o tempo da velhice como acontecimento". (Op Cit. 2015. p. 15).

A pauta de vehice/envelhecimento, perpassa por várias áreas do conhecimento, no tocante ao Serviço Social, como campo de conhecimento científico[23], segundo Op. Cit , Teixeira (2017), "ainda é precoce produção acadêmica sobre a temática do envelhecimento fazendo com que, pesquisadores apreendam o envelhecimento na perspectiva da totalidade, demarcando as diferenças entre as abordagens pela via do método histórico-dialético e a gerontologia", com aporte também, muitas vezes nas Ciências Sociais (Antropologia, Política e Sociologia).

Nesse sentido, na perspectiva dialética marxista, Teixeira (ibid. 2017):

> (...) "pensar o ***envelhecimento na perspectiva da totalidade social***, segundo Haddad (1986), Teixeira (2008) e Paiva (2014), implica ***romper com a homogeneização a - histórica atribuída ao processo de envelhecimento e à população idosa, como se o envelhecimento biológico e demográfico fosse uma condição unificadora, e a toda a população que envelhece. Uma população sem classes, sem os diferenciadores socioeconômicos, ou seja, sem relação com as condições de produção e de reprodução da sociedade capitalista é um todo caótico, imediato, uma mera aparência fenomênica,*** que, tanto com as categorias mais simples quanto as mais complexas, é possível resgatar as mediações e as determinações, tornando - os um todo rico de determinações ou síntese de múltiplas determinações, um todo pensado, o verdadeiro ponto de partida, embora não sendo dado a ver, nesse início de partida, se não por meio da análise mediante método histórico-dialético. ***Nesse sentido o***

23 O Serviço Social, desde o ano 1980, vem avançando na crítica ao conservadorismo da profissão e constituiu, no trânsito para os anos 1990, o Projeto ético-político (PEP) da Profissão, uma direção hegemônica, porém, não unívoca e uniforme, uma vez que comporta o respeito e o pluralismo de perspectiva teórico-metodológicas, embora haja a direção e uma orientação pela teoria marxiana e tradição marxista compatível com a direção ética-política, e por um debate frontal com as demais teorias. Veja em Texeira (2017, op cit, p. 21).

> ***envelhecimento é um processo que é resultado da vida individual e social, profundamente marcado pelas desigualdades sociais*** de - classes (e nos seus segmentos de classes), gênero, raça, etnia, regionais. Essas singularidades ligam a totalidade, trata-se de uma unidade na diferença e com diferenças" (p. 23 **grifo nosso**).

Na perspectiva da totalidade social crítica, a velhice é abordada como construção social cultural e consequentemente como questão social. Isso é percebido nas fundamentações de vários autores (a), como cita Oliveira (2016)[24], que trabalham com a distinção entre - ***Envelhecer*** - enquanto processo biológico e - ***Velhice*** – enquanto processo social. Salgado (2007, p.68) considera o envelhecimento como :

> [...] "Um processo multidimensional, ou seja, resulta da interação de fatores biológicos, psicoemocionais e socioculturais. Executando a razão biológica que tem caráter processual e universal, os demais fatores são composições individuais e sociais, resultado de visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos."

O processo biológico e inexorável do envelhecer, nos remete a pensarmos que, todos nós sujeitos que estamos diante do experimento da vida, estamos envelhecendo, pois o contrário será nossa finitude, e, portanto o ato de não envelhecer significa necessariamente em morrer. Porém, há diversas maneiras de experimentar esse processo com perdas mais ou menos acentuadas da capacidade funcional física e mental. Já a velhice, além desse físico e biológico, se dá através do processo social da fase do envelhecer (biológica e física), no processual. Ou seja; o experimento de vida, social, econômica, cultural, política, que pode ser criativa ou limitada, participativa ou dependente, dominada ou violenta, representa a velhice.

Além disso, existem diferentes formas de velhices, que decorrem das desigualdades de classe, no qual a velhice representa realidades diferentes.

24 Messy (1999 apud. OLIVEIRA, 2016, p. 21) : [...] " Se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção a morte. No discurso atual, a palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. A sinonímia dessas palavras denuncia a denegação de um processo irreversível que diz respeito a todos nós, do recém-nascido ao ancião; Costa (1999 apud OLIVEIRA, Op.Cit 2016, p. 22): Envelhecimento: processo evolutivo, um ato contínuo, isto é, sem interrupção, que acontece a partir do nascimento do indivíduo até o momento de sua morte [...] é o processo constante de transformação. Velhice: é o estado de ser velho, o produto do envelhecimento, o resultado do processo de envelhecer.

Essa ambivalência passa a ser percebida a partir no século XIX e é recorrente no século XXI.

Na sociedade contemporânea pós-industrial vive-se uma nova fase do capitalismo. No Brasil, experimentamos desde o ano de 1990, o modelo de acumulação flexível, capitalizado e globalizado, no qual se acentua as fragmentações da classe trabalhadora corroborando para o excesso das desigualdades sociais (de classe, gênero, etnia, ração, gerações etc.), desmontando as políticas públicas pela via da precarização, focalização, privatização, ampliando a população excedente excluída e dominada, fazendo uma releitura dos direitos sociais, na perspectiva liberal da responsabilidade individual.

Isso é percebido na questão do "envelhecimento ativo". Tão propagado pela indústria cultural midiática, pelo governo e pelo mercado. Os sites da Sociedade Brasileira de geriatria e Gerontologia (SBGG) e o documento *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* OPAS, OMS. (2005)[25], correlacionam a velhice à imagens de idosos brancos, burgueses e felizes, praticando alguma atividade física para promoção da saúde e qualidade de vida. Como se a "velhice bem-sucedida" estivesse ligada ao "estilo e vida" do sujeito idoso, enquanto questão de escolha ou resultado de sua conduta corporal.

Afastando, portanto, qualquer viés crítico, relacionado aos fatores condicionantes e seus múltiplos componentes da vida desses sujeitos. Ou seja; homogeneizando e vinculando à velhice ao padrão pré-definido de qualidade de vida e quem tiver fora desse conceito, é porque "não se cuida" ou "não se cuidou" adequadamente, responsabilizando o sujeito por sua velhice.

O envelhecimento e a velhice, além de etapa de vida, representam processos biopsicossociais, uma vez que; experimentam os efeitos do envelhecimento fisiológico, e reportam a diferenças relacionadas a fatores socioeconômicos, psicológicos, genéricos, biológicos etc. No qual, o critério de classe, é capaz de diferenciar o envelhecimento, mas também de homogeneizar, se não para uma classe inteira, pelo menos para frações de cada classe, os problemas que enfrentam pela vivência de situações comuns (Op. Cit; TEXEIRA, p. 32).

Significando, portanto, a velhice como sendo, uma construção social e cultural diversificada entre social e no interior de uma mesma sociedade, conforme as classes sociais. E não só isso, entre frações de uma mesma classe.

25 Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Suzana Gontijo, Trad. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4478.pdf. Acesso em 10 de Abril de 2020.

ISBN 978-65-86901-26-9

Assim, envelhecimento não é uma condição inexorável que atinge a todo o grupo etário.

Sobre isso, Beauvoir (1990), destaca que a velhice, enquanto destino biológico, é uma realidade que transcende a história, não é menos verdade que esse destino seja vivido de maneira variável, que **imprimem um estatuto social à velhice, ou estatutos diferenciados, conforme as classes, status e hierarquia sociais (grifo nosso).**

O homem não vive e não se reproduz da mesma maneira, pelo contrário, são relações distintas que se estabelecem na produção da sua sociabilidade fundada pelo capital, onde as condições de desigualdades exclusão e pobreza são reproduzidas e ampliadas no envelhecimento do trabalhador.

A velhice também se dá, por inversos, como: "vida x morte", "dependente x independente", "criativa x limitada", "participativa x dependente". Porém; apesar de sermos contrárias a essas "dicotomias", por acreditarmos que elas favorecem a relação de poder, fragmentando e fragilizando o lado suprimido, degradado e inferiorizado[26]. Utilizamos, apenas, para elucidar nossa explicitação, no sentido de expressar que para trabalharmos a temática do envelhecimento, é necessário irmos além de justificativas sobre projeções do aumento populacional, que já é fato.

É pensarmos que, somos - TODOS[27], sujeitos em processo de envelhecimento, experimentando diversas maneiras de velhice e ainda, por sermos pessoas, nas diversas singularidades, o mais apropriado é nos referirmos à velhice(s), no plural.

Essas experimentações nos faz repensar sobre a ideia de velhice enquanto construção social e questão social[28], pois ao mesmo tempo em que o (a) velho

26 Ver BAUMAN (1999), sobre exclusão.

27 Incluímo-nos nesse contexto, por nos encontrarmos em estado de vitalidade, portanto em constante processo de transformação (do "Eu" para consigo e para com o "outro"), enquanto definição de vida para além do estado natural, mas de natureza constantemente transformada pelo trabalho. Que no caso da velhice, trata-se de trabalho acumulado ao longo dos anos. Considerando, portanto, o idoso trabalhador, como aquele que vendeu sua força de trabalho para o capital.

28 O termo questão Social é tratado enquanto conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da constituição da sociedade capitalista. Assim, a "questão social" está fundamentalmente vinculada ao conflito entre capital e o trabalho. (CERQUEIRA FILHO, 1982, p.21, citado por NETTO 1996 p. 13). [...] Ela emerge na passagem do capitalismo concorrencial para o capitalismo de monopólios e por volta da década de 1970, ocorre uma reordenação da questão social e suas expressões em virtude das transformações que ocorreram no capitalismo contemporâneo, e que trouxeram mudanças no mundo do trabalho e na

(a) é estigmatizado como ser improdutivo aos "olhos do capital", ele também faz parte do "poder" desse sistema de controle e de consumo. Subjetivado por exemplo, ao mercado de cosméticos, indústria farmacêutica, agências de turismo, etc. Porém; nem todos, e não da mesma forma e com a mesma intensidade, diante das questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias da(s) realidade (s).

Dessa forma, no século XXI, na sociedade contemporânea, potencializar a longevidade, através de ferramentas de controle pelo Estado, não é sinônimo de "vantagem" para todos os velhos, considerando que o envelhecimento em seu papel social, como a 'melhor fase da vida', 'idade do prazer', do 'lazer', das 'realizações', do 'bem viver', é realidade apenas para alguns os idosos, em geral com boa condição financeira, social, cultural.

Para idosos (a) pobres, e considerados como improdutivos[29], restam à realidade de uma velhice de carências e fragilidades que por vezes, ocasionam depressão, solidão, exclusão e isolamento, características facilmente encontradas no processo de envelhecimento da classe trabalhadora.

OLIVEIRA&DORONIN, 2017:

> [...] "A sociedade capitalista não percebe o ser humano na sua subjetividade, mas sim como uma máquina produtiva e lucrativa que quando não possui mais capacidades de gerar lucros é desvalorizado e deixado de lado".

Dependo da história de vida do sujeito e a variável que as compõe, à velhice possui diversos significados, estágios, momentos, percepções, vivências, elucidações, projeções, impactos e sensações para um mesmo sujeito, ou para vários.

Por isso, acreditamos que preparar a sociedade para pensar a velhice restrita ao prisma de sujeitos de direitos, aliado ao "engessamento estatal" de políticas públicas, é limitá-la a pensar a velhice na perspectiva de padronização desse sujeito, possuidores de características distintas. Ou seja; sujeitos de direitos de uma mesma Política Pública se distinguem nas suas características, experimentando a velhice de formas diferentes, nas suas singularidades e vivências.

---

sociedade ( OLIVEIRA, T. F. S. ; DORONIN, Juliana A. F. . A velhice como questão social, frente ao capitalismo. REVISTA PORTAL de Divulgação, v. 54, p. 20-28, 2017).

29 Improdutivo para o trabalho e para o consumo.

O que não é considerado no "engessamento da legislação" e talvez isso explique, parcialmente, a ineficiência tanto da Política Pública no atendimento das demandas, como na "preparação da sociedade", para o aumento populacional de idoso (as).

## Considerações finais

Explicitar sobre o contexto geral da velhice na contemporaneidade, é trazer à velhice em suas múltiplas subjetivações de poder, no contexto da velhice enquanto capital humano fabricado pelo mercado; da velhice no sujeito de direitos, ligado à dimensão governamentizada por estatuto jurídico "engessado e padronizado" que não considera as singularidades desse sujeito de direitos e finalmente, à velhice enquanto estética da existência, ligada a produção da subjetividade no "artista da vida", com vontade de potência, aumentando positivamente ou negativamente à condução de sua vida, independente de sua idade cronológica.

Pensando, portanto, os sujeitos nas suas singularidades e relações políticas, sociais e culturais seus modos de vida e existência, mais livres de códigos/ "amarras" e mais próximo da ética, enquanto política de vida, que considera o "artista legislador", no qual a ação dos sujeitos coletivos são protagonistas e gestores das políticas criadas em consonância com a vida e a história

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BAUMAN, Z. ***Modernidade e ambivalência***. Tradução de M. Penchel. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

BEAUVOIR, S. ***A velhice***. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

DORONIN, Juliana ; TÓTORA , Silvana. ***Demarcações sociais de velhice(s) ilustradas em indicadores socioeconômicos de experiências universitárias no Paraná – BR***. 001. ed. Maringá-PR: Sinergia Casa Editorial, 2019

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado*. IBGE, 2008. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_notic ia=1272. Acesso em: 15 dezembro 2016.

LAZZARATO, Maurízio. ***Signos, máquinas, subjetividades***. Tradução Paulo Domenech Oneto. São Paulo:n.1, SESC Edições, 2014. Pp 13 a 51.

NETTO, J. P. ***Capitalismo Monopolista e Serviço Social***. 2 Ed. São Paulo, Cortez 1996.

SCHIRRMACHER, F. **A revolução dos idosos: o que muda no mundo com o aumento da população mais velha.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

TÓTORA, Silvana. Governabilidade da velhice e a invenção de resistências. In. Anais eletrônicos do XXI Encontro Estadual de História da ANPUH-SP. Santos, 2014.

_____, Silvana. ***Velhice: Uma estética da existência***. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2015.

_____ Silvana. (2017) . Envelhecimento ativo: proveniências e modulação da subjetividade. Revista Kairós Nº 20(1), pp. 239-258. São Paulo- SP. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p239-258/23081. Acesso em : 05 de Abril de 2020.

OLIVEIRA, T.F.S. *Viver Melhor: Uma Experiência com Idosos na Extensão Universitária*, 2016. 110 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual do Paraná, UNESPAR/Paranavaí, 2016.

TEXEIRA, Solange M. (Org.). ***Envelhecimento na Sociabilidade do Capital.*** Campinas: Papel Social, 2017.

OPAS, OMS. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Suzana Gontijo, Trad.

Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde, 2005. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4478.pdf. Acesso em 05 de Abril de 2020.

OMS. (2015). Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Disponível em: http://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf. Acesso em 05 de Abril de 2020.

TAVARES, Ademário Andrade; LEITE, Glauco Salomão. A Proteção Constitucional da Pessoa Idosa. In: MENDES, Gilmar Ferreira et al. (coord.), Manual dos Direitos da Pessoa Idosa, São Paulo, Saraiva, 2017; Constituição de 1988; Estatuto do Idoso em 2003 e Política Nacional do Idoso (1994).

WORLD Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ZIMERMAN, Guite I. ***Velhice: Aspectos biopsicossociais***, Porto Alegre Artmed: 2000.

ZIMMERMAN, M. A. "Empowerment theory". In: RAPPORT, J.; SEIDMAN, E. (Eds.). *Handbook of Community Psychology*. Nova York: Kluver, 2000. P.43-63.

# TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PESSOA IDOSA: ASPECTOS DA ESPERA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Maria do Carmo de Farias Andrade[1]
Cristina Maria de Souza Brito Dias[2]

**Resumo:** A transplantação hepática, considerada tratamento efetivo para doenças crônicas e progressivamente incapacitantes, que objetiva melhorar a qualidade de vida do doente, em pessoas idosas, está crescendo nos últimos anos. Tal fato se dá em virtude do envelhecimento populacional global. Alguns estudiosos questionama eficácia da transplantação hepática em idosos, porém constata-se que os resultados estão relacionados à idade biológica e não àidade cronológica do sujeito, sendo possível êxito no procedimento em pessoas idosas.Esta pesquisa teve por objetivos investigar como as pessoas idosas, em lista para transplante de fígado, vivenciaram a espera e quais estratégias utilizaram para lidar com isso.O estudo foi qualitativo, com seis entrevistados,na faixa etária entre 60 e 73 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e auma entrevista semidirigida. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram que: 1) a espera pelo transplante caracterizou-se pela ansiedade e perda da qualidade de vida; 2) as estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático mais utilizadas pelos sujeitos foram a espiritualidade e o apoio familiar.
**Palavras-chave:** Transplante hepático, Pessoa idosa, Estratégias de enfrentamento.

1 Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco – PE, mariadocarmoandrade@gmail.com;

2 Doutora em Psicologia pela Universidade Brasília – DF, cristina.msbd@gmail.com;

## Introdução

A população de pessoas idosas vem crescendo rapidamente no Brasil e no mundo em virtude da redução da mortalidade nos dias atuais e da alta taxa de natalidade nas duas décadas seguintes à Segunda Guerra Mundial. Desde 2012, o Brasil ganhou 4,8 milhões de idosos. O dado mostra como este grupo etário vem se tornando cada vez mais representativo na atualidade, no país (BENTES; PEDROSO; FALCÃO, 2020). Para Kreuz e Franco (2017) e Neri (2014),o envelhecimento é um processo complexo e gradativo que engloba aprendizagem, desenvolvimento e amadurecimento, além de questões biológicas e sociológicas.

Como consequência do rápido envelhecimento da população, bem como do aumento da qualidade e expectativa de vida, tem-se percebido o crescimento no número de realização de transplantes de fígado em idosos, já que esta faixa etária está adoecendo cada vez mais tarde (BARROS; ARAÚJO; LIMA, 2009). O procedimento é considerado o tratamento mais efetivo para doenças hepáticas crônicas e progressivamente incapacitantes. Objetiva prolongar e melhorar a qualidade de vida do doente (BIAGI; SUGANO, 2011).

Em virtude da escassez de órgãos disponíveis para transplante, muitos questionam a segurança e a eficácia da transplantação em idosos. Uma revisão sistemática aponta que, nos últimos anos, tem ocorrido um aumento no número de idosos transplantados de fígado. (MUÑOZ et al., 2015).

Em relação à segurança e à eficácia do transplante hepático nos pacientes mais velhos, a literatura evidencia que os resultados não estão relacionados à idade cronológica, mas à idade biológica das pessoas. Ou seja, as comorbidades prévias do sujeito é que impactarão o resultado final do transplante; Sendo assim, o que irá influenciar o sucesso da cirurgia será uma boa seleção de receptores: se o candidato ao transplante for cuidadosamente selecionado e se ele estiver em boas condições para se submeter ao procedimento,independentemente de sua idade cronológica (WILSON et al., 2014).

Observa-se uma lacuna de pesquisas no que se refere aos aspectos psicossociais relacionados aos idosos transplantados de fígado. Niazi, Schneekloth e Taner (2017) realizaram revisão na literatura buscando compreender como os aspectos psicossociais dos idosos influenciavam os resultados do transplante de fígado. No entanto, não foi encontrado nenhum artigo que versasse sobre a temática especificamente. Os autores encontraram pesquisas que abordavam questões predominantemente médicas e que traziam apenas alguns aspectos

como tabagismo e a presença de ansiedade e depressão, como características destes transplantados, sem aprofundar nestes quesitos.

Apesar da ênfase dada ao ato cirúrgico, é importante considerar o transplante de fígado como um processo e não um acontecimento. Tem início no momento da inscrição na lista de espera e só termina com a morte do receptor. No decorrer de toda sua vida, ele precisará estar em acompanhamento médico e fazer o uso das medicações imunossupressoras para evitar a rejeição do enxerto. É um tratamento complexo e rigoroso que leva o paciente a enfrentar uma série de desafios psicossociais que envolvem questões emocionais, familiares, econômicas, jurídicas e éticas (TAVARES, 2004).

Ao descobrir-se doente, é natural experimentar/experienciar sentimentos de estar em perigo, provocando alterações de comportamento e reações emocionais que podem ou não evoluir para uma condição patológica. Quando o adoecimento hepático se agrava a ponto de ser necessário um transplante, e o sujeito está na fase da lista de espera, observa-se uma qualidade de vida pobre para este paciente. A enfermidade provoca diversas debilidades, altera o esquema corporal, o condicionamento físico, incapacitando-o para o exercício das atividades cotidianas. Exige do paciente mudança de hábitos e readaptações em vários aspectos de sua vida (afetiva, social, familiar, profissional, sexual, entre outras). Os sintomas da doença hepática levam à incapacitação progressiva, perdas na sua autonomia e modificação no seu modo de vida (SILVA, 2017).

Em algumas situações, o candidato ao transplante precisa mudar de cidade para estar mais próximo ao centro transplantador ou buscar centros transplantadores com menores filas e perspectivas de transplante mais rápido, passando a viver longe de seus familiares e do seu lar. Esta necessidade promove um maior distanciamento das atividades sociais e restrições nos relacionamentos interpessoais (LIMA et. al., 2011).

Nesta fase, descrita como o momento de maior estresse em todo o processo, são vivenciadas muitas emoções e conflitos. Medo, dúvida, preocupação, angústia, tristeza e esperança, por exemplo, estão presentes na rotina dessas pessoas, além do preconceito e da vergonha experimentados pelos que têm o esquema corporal alterado. A sensação de vulnerabilidade e desamparo, a incerteza do prognóstico, a ameaça de morte e a imprevisibilidade do tempo de espera pelo procedimento também são evidenciados. Este é o contexto em que está inserida a pessoa que recebe a notícia da necessidade do transplante

ISBN 978-65-86901-26-9

de fígado como única alternativa capaz de reverter seu quadro clínico (BIAGI; SUGANO, 2011).

O modo como cada um reage a esse momento e à espera pelo órgão é muito particular e sofreinfluências de sua história pessoal e de seus modos de estar no mundo. Pode ser vivenciado como momento de esperança de vida e possibilidade de reorganização psíquica e social. Ou, ao contrário, como uma confirmação do agravamento da doença, "ausência de alternativa" ou um imperativo "tem que fazer", mesmo não querendo ou não se sentindo preparado para isso, tornando a experiência ainda mais traumática (SILVA, 2017).

Nesse cenário, emergem as "estratégias de enfrentamento" que moderam o impacto e a percepção do estresse emocional vivenciados ou aceleram o desenvolvimento de sintomas. Também conhecidos como "mecanismos psíquicos de defesa", essas estratégias de enfrentamento são acionadas quando o aparelho psíquico sofre uma sobrecarga de emoção, positiva ou negativa, e necessita escoar este excesso de alguma maneira. Algumas pessoas têm mais reservas de enfrentamento e conseguem resolver seus conflitos de modo menos danoso e mais adaptativo. Para outras, a via de saída possível é o sintoma que precisa ser cuidado por meio de ajuda psicológica (SILVA, 2017).

Deste modo, é necessário que toda a equipe de cuidados, em especial o profissional da psicologia, atente para esta situação e intervenha o mais rapidamente possível objetivando a recuperação da qualidade de vida e a retomada de planos e projetos existenciais da pessoa idosa transplantada de fígado.

Na fase da lista de espera, o profissional deve escutar e acolher o candidato ao procedimento do transplante observando sua disponibilidade emocional para submeter-se à cirurgia. Além disso, deve-se observar a motivação para viver e a adesão a tratamentos medicamentosos anteriores. É importante também trabalhar possíveis fantasias relacionadas ao doador e sentimento de culpa por desejar que alguém morra para salvá-lo. Outro fator importante no pré-transplante é trabalhar os sentimentos que surgem como ansiedade, tristeza, medo, dentre outros, evitando, assim, que se instale uma doença mental (TAVARES, 2004).

Esta pesquisa teve por objetivos investigar como as pessoas idosas, em lista para transplante de fígado, vivenciaram a espera e quais estratégias utilizaram para lidar com isso.

# Metodologia

## Natureza da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa clínico-qualitativa em que o interesse do pesquisador está centrado na busca do significado das "coisas", pois este tem um papel organizador para os seres humanos. (TURATO, 2008).

## Participantes

Os participantes foram escolhidos por meio de amostragem proposital, de acordo com os objetivos do trabalho. Sendo assim, participaram seis idosos, com idades variando entre 60 e 73 anos, de ambos os sexos, sendo quatro homens e duas mulheres, sem distinção de nível socioeconômico, estado civil ou religião, que estavam em condições cognitivas[3] de responder às perguntas e que passaram pelo transplante de fígado há, no mínimo, seis meses e, no máximo, um ano[4]. As cirurgias foram, obrigatoriamente, realizadas pela equipe da Unidade de Transplante de Fígado de Pernambuco que se localiza no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Recife – PE).

Foram excluídos da amostra os idosos que estavam ou já estiveram, em algum momento, em acompanhamento psicoterapêutico com a pesquisadora, a fim de evitar constrangimentos e sentimentos de "obrigatoriedade" na participação na pesquisa por parte dos pacientes. Também foram excluídas pessoas em lista de espera para re-transplante ou re-transplantados. A seguir, será apresentado um quadro com os principais dados sociodemográficos dos participantes que receberam nomes fictícios, para preservar sua identidade.

**Quadro 1** - Dados sociodemográficos dos participantes

| Participante | Idade | Estado Civil | Profissão | Religião | Doença | Onde Reside |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Severo | 60 | Solteiro | Eng. Fábrica | Não possui | Carcinoma hepatocelular e hepatite C | Campina Grande – PB |

3 Observada nos primeiros contatos com o paciente.

4 Este período de tempo foi assim determinado, pois após 6 meses o paciente, na maioria das vezes, já chegou a uma estabilidade clínica e o período mais crítico de intercorrências já passou. Um ano como período máximo para que a experiência ainda esteja viva na memória do entrevistado.

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Sirius | 66 | Casado | Eng. Elétrico | Espírita | Carcinoma hepato-celular e cirrose por Nash | Recife – PE |
| Minerva | 62 | Divorciada | Rel. Públicas | Católica | Cirrose biliar primária | Recife-PE (Aracaju-SE) |
| Gina | 73 | Viúva | Dona de Casa | Católica | Carcinoma hepatocelular e hepatite C | Maceió-AL |
| Olívio | 60 | Casado | Adm. Empresas | Evangélico | Cirrose alcoólica e hepatite C | Jaboatão dos Guararapes – PE |
| Rony | 69 | Recasado | Serv. Público | Não possui, acredita em Deus | Hipertensão portal | Maceió-AL |

## Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados um questionário sociodemográfico (composto de questões como idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de adoecimento, motivo, entre outros), e um roteiro de entrevista semiestruturada, composta de questões que atendem aos objetivos propostos pela pesquisa. Realizou-se a primeira pergunta **"Como se sentiu no período que estava na lista do transplante de fígado?"** e foi permitido que o participante discorresse livremente sobre a sua experiência no processo de transplante hepático.

## Procedimento de coleta de dados:

Após autorização da instituição para realização da coleta de dados e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi solicitada à coordenação de transplantes da Unidade de Transplante de Fígado a indicação de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa. Conseguiu-se contato com seis pessoas que aceitaram colaborar.

Os participantes foram convidados por meio de contato telefônico, buscando coincidir a data da entrevista com alguma consulta médica, visto que apenas três estavam na Região Metropolitana do Recife.

Após serem informados dos objetivos da pesquisa e da gravação das entrevistas, sendo também garantido o sigilo das informações coletadas e aceitarem participar, assinaram o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido". As entrevistas ocorreram em sala apropriada, na Unidade de Transplante de Fígado de Pernambuco. Cada participante foi entrevistado individualmente,

uma única vez, com duração média de uma hora. As entrevistas foram gravadas e transcritas, tentando-se manter o máximo de fidelidade sobre o que foi dito.

### Procedimento de análise de dados

Os dados coletados nas entrevistasforam analisados por meio da Análise de Conteúdo descrita por Minayo (1999) perpassando por três fases: *(1) pré -análise;(2) exploração do material;(3) tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.*

### Cuidados éticos

O projeto de pesquisa, sob o número CAAE 03012318.8.0000.5206, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco. Antes da realização da entrevista, foi apresentado e assinado pelos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram obedecidas as orientações da Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. O TCLE assegurou aos participantes o direito de desistirem da pesquisa sem sofrer nenhum prejuízo. Caso houvesse desconforto por parte dos idosos, as entrevistas seriam interrompidas e os mesmos encaminhados para atendimento psicológico, o que não foi necessário.

## Resultados e discussão

A análise foi realizada em três etapas. Sendo assim, iniciou-se com uma leitura flutuante das entrevistas, objetivando a constituição do *corpus* da pesquisa. A seguir, etapa da exploração do material coletado, em concordância com os objetivos da pesquisa, foram definidas duas categorias para serem discutidas: 1) À espera do transplante hepático; 2) Estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático. Por fim, na etapa da análise e interpretação dos resultados foram discutidos os dados obtidos, a partir das categorias definidas, relacionando-as com a literatura.

## À espera do transplante hepático

Para a maioria dos entrevistados, o momento da espera na lista para receber o fígado foi marcado pela pobreza em sua qualidade de vida e percebido de modo negativo. A este respeito, Aguiar et. al. (2018) apontam que esta queda na qualidade de vida está especialmente relacionada aos sintomas físicos e às implicações psicológicas e sociais. Ser incluído numa lista de espera para transplante hepático favorece o aparecimento de dificuldades subjetivas como: desesperança, ansiedade, diminuição da autoestima, entre outras.

Nas falas dos entrevistados pode-se destacar o sofrimento e o medo de não conseguir o órgão a tempo, como foi o caso descrito por Minerva; susto e tensão apontados por Gina; dificuldades com os sintomas físicos sinalizados por Rony; percepção do momento como terrível na concepção de Sirius.

> *Aí foi muito sofrimento, muito mesmo. Eu sentia que não ia chegar a tempo* (chora). *Os sintomas iam afunilando, afunilando, intensificando, eram muito fortes. (...) Eu só pensava pra mim: Nossa, não vai chegar um fígado a tempo.* (Minerva).
>
> *Eu fiquei dois meses na fila, muito assustada.* (Gina).
>
> *Fiquei ruim na UTI, passando muito mal.*(Rony).
>
> *Terrível! A espera é terrível!* (Sirius).

Em conformidade com Medeiros (2008), percebe-se que, para esses participantes, a espera do transplante de fígado foi vivenciada como um período de ansiedade, tensão e angústia permeado de incertezas e imprevisibilidade da vida. É como se a pessoa vivesse num constante estado de alerta, oscilando de humor, com perda da energia interna, que gera desesperança.

O participante Olívio, em virtude de seu quadro clínico, afirmou não saber como foi esse período, mas ainda assim foi possível perceber que sua qualidade de vida foi prejudicada no que diz respeito aos aspectos físicos, precisando ser hospitalizado, e nos aspectos psicológicos, pois estava com encefalopatia:*Nem sei dizer como foi. Fiquei mais no hospital com crise de encefalopatia, meio lelé da cuca.*

Apenas Severo não percebeu essa fase como negativa: *Normal, tudo normal! Não tive desespero não. (...) Eu continuei meu trabalho em casa. Agora sem pensar nisso. (...) Sou uma pessoa muito calma, muito tranquila.*

Ainda a este respeito, Silva (2017) aponta que cada pessoa passa por esta situação de modo muito particular. No entanto, essa é a fase mais estressante

ISBN 978-65-86901-26-9

do processo para a maioria das pessoas. Ela é marcada pela perda da qualidade de vida, em virtude dos sintomas da doença, estando presentes sentimentos de tristeza, medo e ansiedade. Segundo a mesma autora, pode ainda ser encarada como uma sentença de morte, como se observa no discurso do entrevistado Sirius:

> *Aí nessa hora realmente a pessoa tem um certo impacto emocional. Pra mim não era nem de coisa boa. Porque uma coisa é você esperar, por exemplo, feito o retorno de alguém, né? Aí quando diz 'chegou' aí você explode de alegria. Como eu não acreditava que ia dar certo, então quando chegou, eu digo bom... chegou a minha sentença.*

Em contrapartida, a mesma autora ainda pontua que pode ocorrer o aparecimento da esperança como possibilidade de melhora, como pode ser constatado nas falas de Rony: *Apostei que seria uma alternativa pra sair daquele sofrimento.* E de Minerva:

> *Eu recebi com muito carinho essa notícia, porque pra mim era um retorno de qualidade de vida. Porque, realmente eu tava sofrendo muito, eu tinha muita disenteria (...). Eu tinha muito vômito, eu entrava em encefalopatia pra internar, então assim, quando falou assim: 'Você pode ter uma segunda chance', pra mim foi um céu!*

Dada à imprevisibilidade do surgimento de um doador, a cirurgia pode ocorrer a qualquer hora do dia. Este fato geralmente intensifica a ansiedade que a pessoa em lista de transplante experimenta e pode evidenciar um fenômeno conhecido como "terror do telefone" significando que qualquer toque do referido aparelho gera tensão no candidato ao transplante, pois ele pensa que pode ser o chamado tão esperado para a realização do procedimento (TAVARES, 2004). Pode-se constatar esta vivência em alguns entrevistados:

> *Você é orientado para o seguinte... não desligue o telefone, 24 horas, e esteja por perto, porque não existe hora pra isso. Aí você fica naquela expectativa* (Sirius).
>
> *Quando o telefone tocava, o coração gelava, eu me assustava. Recebi quatro chamados. Fiquei meio decepcionada também. Quando eu pensava que ia... Não ia* (Gina).

Nesta última fala observa-se ainda a frustração e o impacto emocional negativo dos chamados 'alarmes falsos'.Biagi e Sugano (2011) referem que o

período de espera pode ainda exigir mudança de cidade, por parte do paciente e sua família, para que possam estar mais próximos ao centro transplantador a que estão ligados. Foi o que ocorreu com Minerva que se mudou de Aracaju-SE para o Recife-PE:

> *Estamos morando na casa do meu filho, aqui no Recife desde que fui listada, para estar mais perto de tudo; nos sentimos mais seguros, mas estou com saudade de casa. Assim que as consultas forem mensais, volto para Aracaju.*

No Brasil, ainda há uma disparidade na distribuição de centros transplantadores. Determinadas regiões concentram maior número de serviços aptos à realização de transplantes, enquanto em outras a pessoa necessita deslocar-se em busca do tratamento. Deste modo, como pode ser observado na participante Minerva, frequentemente os candidatos ao transplante de fígado são obrigados a migrar para outras cidades. A migração de pacientes também ocorre quando, mesmo com o procedimento disponível nas proximidades, buscam menores filas e perspectivas de transplante mais rápido que em seu local de origem (LIMA *et al.*, 2011).

Em virtude das constantes idas ao serviço de saúde do uso de medicamentos e cuidados específicos, Fratezi, Gutierrez e Falcão (2010), acrescentam ainda que cuidar de uma pessoa enferma requer adaptações de todos os componentes da família, como pode ser observado também na fala de Minerva. Além da mudança de cidade, ela foi morar na casa do filho, o que acarretou a necessidade de readaptação de todos os envolvidos nessa situação.

## Estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático

Em face da espera do transplante, pacientes e familiares estão expostos a mudanças significativas em suas vidas, que exigem uma reorganização e reconfiguração do contexto familiar e pessoal. Sendo assim, surge a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação (BRAVIN *et al.*, 2019).

Conforme Costa (2013), todo adoecimento denota ruptura com a vida no que concerne aos projetos e perspectivas de futuro. Neste contexto, a pessoa busca novas formas de enfrentamento da situação, no caso, o adoecimento em si

e a espera do transplante. Estas novas formas de enfrentamento têm a ver com a história de vida da pessoa, estando atreladas à sua condição sóciohistórica.

O enfrentamento ou *coping* é um importante aspecto da saúde mental. É o pensamento ou comportamento que tem por objetivo reduzir ou aliviar o estresse resultante de condições prejudiciais ou ameaçadoras. As estratégias de enfrentamento são responsáveis pela moderação do impacto e da percepção do estresse emocional vivenciado pelas pessoas. Elas são acionadas quando o aparelho psíquico sofre uma sobrecarga de emoção, que pode ser positiva ou negativa, e auxilia no escoamento deste excesso (SILVA, 2017).

Os participantes desta pesquisa utilizaram diversos destes mecanismos sendo os mais frequentes a *fé em Deus e a família*. Bravin *et al.* (2019), apontam que a fé em Deus se relaciona positivamente a uma variedade de indicadores de saúde mental no processo de enfrentamento de doenças. Isso pode ser observado nos seguintes excertos:

> *Eu só rezava! Só orava e pedia a Jesus pra dar tudo certo. Pedia força, que me protegesse, que me guardasse (...) Deus é maior, os médicos são muito por mim e Deus tá a frente de tudo também e eu to guardada por Ele (...). Minha família é uma benção. Sem eles não tinha aguentado* (Gina).
>
> *Sou uma pessoa que sou muito grata a Deus, se não fosse Ele, não sei como teria passado por tudo isso. Eu digo que eu sou a menina dos olhos Dele. Porque Ele me deu quatro filhos maravilhosos, deu noras e genros maravilhosos, netos maravilhosos. O que é que eu tenho pra reclamar da vida?* (Minerva).

A espiritualidade e a religiosidade podem ser utilizadas como estratégias de enfrentamento para situações críticas da vida, como no momento da espera de um órgão para transplante, aumenta o senso de propósito e significado da vida, que são associados à maior resistência ao estresse advindo das doenças (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Espiritualidade e religiosidade têm sentidos distintos e cabe aqui uma diferenciação: *espiritualidade* é definida como busca pessoal para entender questões da vida, sobre seu sentido, sobre as relações com o sagrado e o transcendente, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas; *religiosidade* se define como seguir e praticar uma religião (BARVIN *et al.*, 2019).

Ambos, espiritualidade e religiosidade trazem bem estar além de reduzir níveis de angústia, depressão e mortalidade (DIAS, 2013). O mecanismo pelo

qual a religiosidade e a espiritualidade interferem na saúde e no bem estar ainda não é bem compreendido. No entanto, pesquisadores acreditam haver conexões importantes entre religiosidade, espiritualidade e saúde (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Na entrevista de Olívio também foi possível constatar um discurso centrado em Deus e na espiritualidade:

> *Aí foi quando eu basicamente me tornei evangélico, porque eu tava indo na igreja de evangélico, mas eu ainda não tinha me convertido. Aí eu cheguei na cama que eu tava, olhando para o céu, porque na UTI que eu tava tem um janelão assim...Aí eu olhei pra cima assim e disse: Pai, eu sei que o Senhor é o médico dos médicos. Só o Senhor cura. (...)Tá nas Suas mãos!*

Rony também faz uso da fé e gratidão a Deus(espiritualidade) e à família: *Eu não tenho religião definida, mas eu agradeço muito a Deus (...). Depois agradeço demais à minha esposa...* (emociona-se), *pois sem ela nada disso seria possível, sem ela eu não sei como estaria agora.*

Na pesquisa realizada por Szczepanik*et al.*, (2018) sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas durante o tratamento por pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas, o apoio familiar foi apontado como o principal recurso de enfrentamento dos pacientes. Tal constatação corrobora com as falas dos entrevistados deste estudo.

Na fala de Olívio é possível perceber também outro mecanismo de enfrentamento do adoecimento/hospitalização: a barganha. Este conceito foi desenvolvido por Kübler-Ross

(1998) para compreender os modos como as pessoas enfrentam o luto. Adoecer é luto pela perda da saúde e possibilidade da perda da vida. Segundo a autora, a barganha pode ser compreendida como uma promessa que o enfermo faz numa tentativa de ser recompensado, de sair do sofrimento ou adiar sua morte. A maioria das barganhas é feita com Deus e geralmente mantidas em segredo.

> *Se o Senhor vai me der mais uma chance, que me tire dessa logo. Eu tô sofrendo muito. Se não vai, me leve logo, me leve, porque o Senhor tira meu sofrimento e tira o sofrimento da minha família e daqueles que estão ao meu redor. Aí Pai, se eu sair dessa, eu nunca mais vou me meter com esse negócio de bebida* (Olívio).

ISBN 978-65-86901-26-9

Rony destacou sua força interior e a vontade de viver como modos de enfrentamento:

> *Vontade de viver. Eu dizia que não era minha hora. Ainda tenho um bocado de tempo pela frente. Estou por aí tranquilo, contando a história. (...) Depois disso tudo eu tenho mais crença na coisa, sabe? Numa coisa que eu não sei se é Deus, ou se é a força de vontade de viver, de não ir embora agora.*

Sirius acredita também que o que o ajudou a enfrentar a situação foi sua força interior proveniente da criação que recebeu de seus pais (resiliência):

> *Eu acredito que tem o fator criação. Lá em casa era muita gente, 13 pessoas, 13 irmãos,(...) os pais não têm muito tempo pra dá muita atenção, ficar paparicando, joga muito você pra vida. E você aprende que a vida é feita de coisas boas, de coisas más, enfim... Tudo que você vai sentir fisicamente ou mentalmente vai depender de suas atitudes. Então quando tem um problema, você vai tentar resolver e enfrentá-lo da melhor maneira possível, da forma que menos lhe machuque. Eu sabia que tinha isso, então vou tentar passar da melhor maneira possível. Querendo ou não...Vou tentar reduzir o dano.*

Rocha e Ciosak (2014) apontam que a força interior, a força de vontade, a resiliência, como observados nas falas de Rony e Sirius,são mecanismos fundamentais para o manejo do adoecimento e seus desdobramentos em idosos. Evidenciam que cada um tem um potencial interior para enfrentar as adversidades. Aqueles que estão mais preparados para encarar quaisquer situações de crise que podem ocorrer na vida possuem maior resiliência.

Outro fato importante a ser realçado é que Sirius, inicialmente,recuou o transplante, não aceitando a proposta da equipe, preferindo submeter-se a uma cirurgia que não obteve o resultado desejado. Ele precisou entãopassar por esta experiência para poder enfrentar e aceitar otransplante: *A primeira sugestão do médico foi entrar logo na fila do transplante, era a primeira opção. E eu não quis, eu digo, não vou fazer esse negócio não!* Diante desta atitude, é possível encontrar outro mecanismo de enfrentamento desenvolvido por Kübler-Ross (1998): a negação. Elafunciona como um 'para-choque' diante de notícias inesperadas e chocantes e permite que a pessoa se recupere com o tempo e seja capaz de mobilizar outras formas de enfrentamento menos radicais.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

O envelhecimento populacional na esfera mundial não é novidade. As pessoas estão ficando cada vez mais velhas, com melhor qualidade de vida, e, consequentemente, adoecendo mais tarde. Tal fato implica também em um aumento do número de doenças e entre elas desatacou-se, neste artigo, o adoecimento hepático que leva à necessidade de transplante no idoso.

Caracterizou-se como um estudo introdutório e exploratório, uma vez que são escassas as pesquisas sobre esse procedimento cirúrgico realizado em pessoas idosas. As que existem, abrangem, especialmente, a parte fisiológica e não os aspectos psicossociais deste processo.

Na incipiente literatura existente, é comum questionar a eficácia do transplante de fígado em pessoas idosas. Neste sentido, observa-se que não é a idade cronológica que influenciará no resultado, mas uma boa escolha do candidato ao procedimento no que se refere a comorbidades prévias. Sendo assim, uma pessoa idosa pode ter êxito e uma pessoa mais jovem não.

O adoecimento surge como algo inesperado na vida do indivíduo, e que rompe com o "planejamento" e com a noção de continuidade vital. A literatura aponta que o modo como cada pessoa reage ao momento do diagnóstico é singular. Algumas vezes aparece como um elemento surpresa, em virtude de o adoecimento geralmente ser assintomático. Para outros, é percebido como ameaça, sentença de morte. Por outro lado, traz um aspecto positivo, pois representa uma esperança de cura e recuperação da qualidade de vida.

A espera pelo transplante hepático é marcada, em sua maioria, pela queda da qualidade de vida por sintomas físicos ou emocionais como ansiedade, desesperança, incertezas, dentre outros. A imprevisibilidade do aparecimento do doador também é algo que potencializa o surgimento destes sintomas. Os participantes desta pesquisa colocaram o grupo familiar como principal fonte de apoio (emocional, social e financeiro). Do mesmo modo, perceberam que o processo pelo qual passaram, trouxe repercussões para a família, especialmente, no âmbito emocional e no cotidiano, quando membros da família deixaram de realizar suas atividades rotineiras para acompanhá-los em consultas ou ministrar os cuidados necessários.

Todo o processo do transplante hepático é permeado por uma sobrecarga de emoções. Diante disso, emergem algumas estratégias psíquicas para enfrentar a situação vivenciada. O apoio familiar e a espiritualidade/religiosidade

ISBN 978-65-86901-26-9

apareceram como principais estratégias de enfrentamento utilizadas pela maioria dos idosos.

Faz-se necessário repensar o envelhecimento humano, buscando romper com os preconceitos que ainda permeiam o imaginário social de que a pessoa idosa é um ser doente e passivo, incapaz de desenvolver-se mesmo em idades mais avançadas. Ou seja, precisamos compreender que o idoso é um ser de possibilidades e que tem potencial para o desenvolvimento até o último dia de vida, podendo, sim, beneficiar-se de um transplante de fígado.

Reconhece-se que o presente estudo tem suas limitações no que diz respeito à sua pequena amostra e à escassa literatura sobre o fenômeno estudado. Outro aspecto a ser levantado é que a presente pesquisa apenas deu voz à pessoa idosa transplantada. Sendo assim, sugerem-se outros estudos sobre a temática abordando diferentes nuances do fenômeno. Por exemplo, estudar as percepções do grupo familiar da pessoa idosa em lista de transplante, bem como suas estratégias de enfrentamento do momento ou compreender como os profissionais de saúde se posicionam a respeito da possibilidade de realização de transplante hepático em um idoso.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AGUIAR, M. I. F. de et al . Aspectos psicossociais da qualidade de vida de receptores de transplante hepático. **Texto e Contexto – Enfermagem,** Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104=07072018000200306-&lng=en&nrm-iso>. Acessado em 02 Set. 2020.

BARROS, P. M. R.; ARAÚJO, E. C. de; LIMA, L. S. de. Transplante de órgãos e tecidos: aspectos históricos, éticos-legais, emocionais e repercussão a qualidade de vida. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v.3, n. 4. 2009. Recuperado de https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6154. Acessado em 02 Set. 2020.

BENTES, A. C. O.; PEDROSO, J. S.; FALCÃO, D. V. S. A família no estágio tardio da vida: refletindo crenças sobre a velhice e o relacionamento entre pais idosos e filhos adultos. In MENDES, J. A.A.; BUCHER-MALUSCHKE (Orgs.). **Perspectiva sistêmica e práticas em psicologia: temas e campos de atuação**. Curitiba: CRV, 2020, p. 245-267.

BIAGI, A. U ; SUGANO, C.F. Transplante de órgãos. In ROMANO, B.W. (Ed.). **Manual de psicologia clínica para hospitais.** 6ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 145-208.

BRAVIN, A.M. et al . Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n.2, p.541-551, 2019. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034=71672019000200541-&lng=en&nrm-iso>. Acesso em 02 Set. 2020.

COSTA, J. M. **HIV/AIDS na velhice:** a fala dos idosos soropositivos na cidade do Recife**.** Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, 2013.

DIAS, C.M.S.B. Velhice: vulnerabilidadese possibilidades. In MOREIRA, L.V.C. (Org.), **Psicologia, família e direito**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 259-271.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B.A.O.; FALCÃO, D. V. S. Doença crônica: o processo de morrer e a morte do idoso na família. In FALCÃO, D. V. S. (Org.). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade.**Campinas: Papirus, 2010. p. 191-210.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro , v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 Set. 2020..

KÜBLER-ROSS, E.**Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para dizer a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 8ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIMA, A. S. et. al. Migração de pacientes para transplante hepático. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p.413-421, 2011 Recuperado de http://rmmg.org/artigo/detalhes/144. Acesso em 02 Set. 2020

MEDEIROS, C. R. **Aprendendo a redesenhar a convivência conjugal a partir da expectativa do transplante hepático**. Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife – PE, Brasil, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MUNOZ, O. et al. Trasplante hepático em mayores de 65 años de edad: experiencia em el Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia 2004-2010. **Revista Colombiana de Gastroenterología**, Bogotá , v. 30, n. 1, p. 19-23, 2015 . Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Set. 2020.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 4ª. ed., Campinas: Alínea, 2014.

NIAZI, S.; SCHNEEKLOTH, T.; TANER, C. B. Elderly recipients of liver transplantation: Impact of age and psychosocial varibles on outcome. **Current Opinion Organ Transplant**, 22 n. 6, p. 588-592. 2017. doi: https://dx.doi.org/10.1097/MOT.0000000000000469. Acesso em 02 Set. 2020.

ROCHA, A. C. A. L. da.; CIOSACK.. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. *48 n.*2, p. 92-98. 2014. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014. Acesso em 2 Set. 2020.

SILVA, J. D. **O impacto da doença hepática e do transplante de fígado na qualidade de vida.** Mestrado em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, SP, Brasil, 2017.

SZCZEPANIK, A. P. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas durante o tratamento por pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra , v.IV, n. 19, p. 29-37, 2018 . Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 set. 2020. http://dx.doi.org/10.12707/RIV18055.

TAVARES, E. A vida depois da vida: reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. **Análise Psicológica**, v. 22, n.4, p. 765-777, 2004. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000400010&lng=es&tlng=pt

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3ª. ed., Petrópolis: Vozes, 2008.

WILSON, G. C., at. al. Is liver transplantation safe and effective in elderly (≥70 years) recipients? A case-controlled analysis. **HPB : The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association**, v. 16, n. 12, p.1088–1094, 2014. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253332/. Acesso em 02 Set. 2020.

# DESAFIOS DE APRENDIZAGEM TECNOLÓGICA NAS AULAS DE INGLÊS PARA ENVELHESCENTES E TERCEIRA IDADE

Maria Augusta Rocha Porto[1]
Liliádia da Silva Oliveira Barreto[2]
Noêmia Lima Silva[3]

**Resumo:** De acordo com a transformação demográfica no mundo, estudos continuam sendo feitos diante desse fenômeno para conhecimento de todas as pessoas sobre como agir nas ações políticas e manutenção da qualidade de vida dos envelhescentes e pessoas da terceira idade. A lei do Estatuto e do Idoso protege e chama a atenção dos familiares e ao Estado sobre o seu direito livre de acesso a continuidade de estudos no caso o ensino e aprendizagem da língua Inglesa em curso de extensão pela Universidade Federal de Sergipe - UFS favorecendo o acadêmico de Letras Inglês, em adquirir uma melhor qualificação profissional com novas experiências para um novo mercado de trabalho. As aulas são elaboradas com material didático adaptado e ministradas na metodologia entre erros e acertos. Na 'Pandemia' 2019 – os participantes do Projeto - "A Aula de Inglês Para A Terceira Idade" são oriundos também do Núcleo de Ação A Pesquisa e Terceira Idade – NUPATI / UFS; e, com a Covid - 19, iniciamos aulas 'remotas' para esse público, por meio da tecnologia – *googleclassroom, googlemeet, zoom, e whatsapp* . Inicialmente os

1 Doutora em Letras. Grupos de Estudos Linguagem, Educação e Sociedade.Professora do Departamento de Letras Estrangeiras - Inglês e Pesquisadora na área de Compreensão Leitora para Envelhescentes e Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe –UFS

2 Doutora em Saúde Coletiva especializada em Ensino na Saúde.Grupo de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento Humano e da Saúde Global. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso e vice-Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe – UFS, liliadia.barreto@gmail.com

3 Doutora em Educação.Eespecialista em Gerontologia. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento Humano. Professora da graduação e da Pós-graduação do Departamento de Serviço Social; Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe – UFS, noemialimasilva@gmail.com

alunos foram instruídos a tutoriais e exercícios sobre os acessos a tecnologia por já manifestarem interesse de continuidade dos estudos da língua inglesa e também pelo conhecimento adquirido da manutenção da cognição e possíveis controles de evitarem demências. Nossos resultados ainda se mostram de forma incipiente, mas, trata-se de um início de pesquisa remota que promete ser proveitoso. Os idosos mostram-se interessados e são capazes de dar continuidade aos projetos pessoais.

**Palavras-chave:** Ações políticas, Ensino-Aprendizagem, Envelhescentes - Terceira Idade, Gerontecnologia.

## I Introdução

A transformação demográfica mundial caracterizada pelo fenômeno do acelerado processo de envelhecimento humano atingindo todos os continentes chamou a atenção dos países sobre a necessidade urgente de promoverem políticas públicas voltadas para esta nova realidade. Final do século XX e, no novo milênio os países passaram a promover ações de políticas públicas para dinamizar e oportunizar implementos tecnológicos para a inclusão e investimento social.

Este estudo está sendo feito desde o início do período da 'Pandemia – Covid-19' que iniciou em março 2020; época do reinício das aulas do curso de extensão de Inglês da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Cursos de extensão são ministrados pelos alunos do Curso Letras Estrangeiras – Inglês que é coordenado por dois professores: coordenador, coordenador adjunto e membro externo.

O Curso de Inglês para a Terceira Idade é promovido pela UFS por meio do Departamento de Letras Estrangeiras - Inglês (DLES) que faz parte do Centro de Educação e Ciências Humanas (CECH), possibilita que pessoas envelhescentes e participantes da terceira idade voltem a frequentar o espaço educacional ou frequentem pela primeira vez, interagindo com pessoas de outras faixas etárias, tendo acesso a novos conhecimentos e vivendo novas experiências. Desse modo, a ideia de continuidade de uma vida ativa e dinâmica se contrapõe à ociosidade e a senilidade inerentes ao homem na sua idade maior.

A relevância de um Curso de língua estrangeira seja ele, Inglês ou outras, pode promover uma melhor qualidade de vida que pela Organização Mundial de Saúde – OMS (ANO) defende e incentiva novas práticas sociais.

O Conceito do Grupo de Qualidade de Vida dado pela OMS (*do inglês WHO* - Organização Mundial de Saúde - *World Health Organization Quality of Life Group)*, refere-se à percepção do indivíduo em relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores em que vive, bem como a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL GROUP, 1998).

> "Os envelhescentes e pessoas da terceira idade de hoje desejam ressignificar suas vidas com várias atividades diferentes, dentre elas o aprendizado de uma língua estrangeira como o Inglês". (PORTO, 2017).

ISBN 978-65-86901-26-9

A conscientização sobre a mudança de comportamento das pessoas da terceira idade, faz com que eles se transformem em uma nova maneira de viver, buscando experiências diversificadas, sendo mais ativo, criativo, na vida social de modo que eles passem a aceitar os desafios de aprendizagens tecnológicas e de aprender uma língua estrangeira no caso o Inglês, em grupos sociais diferentes com o seu próprio estilo de vida: ativo, saudável, reengajado na sociedade e feliz.

PROBLEMA: Diante da inversão da densidade demográfica no mundo e no Brasil, verifica-se que a cada ano novas perspectivas do idoso vão de encontro às formas de sociabilização mais tradicionais vivenciadas pelas pessoas mais velhas. Contudo sempre foram ofertadas certos tipos de atividades para pessoas da terceira idade como: frequentar clubes, igrejas, associações mas, esses espaços são frequentados por pessoas da mesma comunidade e assim, os idosos não têm muitas oportunidades de vivenciar e construir novas formas de viver. Sendo assim, há poucas chances de corresponder às formas apresentadas na sociedade como modelos de uma maneira de viver do século XXI, ou seja, ativa, produtiva, saudável, feliz. É necessário que outras pessoas de comunidades diferentes, pensamentos diferentes e até mesmo de cultura diferentes possam trocar experiências para nascer um novo modelo.

Aliado a essa nova ideia, com a inesperada chegada da 'Pandemia Covid-19', nosso dia-a-dia mudou. Houve um isolamento social forçado por todo o mundo, a necessidade de conhecimento sobre como lidar com essa nova realidade e inclusive de ir ao encontro com novos desafios de uso tecnológico entre todas as idades. TODOS, indistintamente tivemos que lidar com; delivery, acesso à internet, (filmes, compras por telefones, investimento de equipamentos eletrônicos, enfim, procurar se adaptar a um mundo moderno) em pleno século XXI.

Questão norteadora da pesquisa é discutida no contexto das novas configurações demográficas com necessidades urgentes de constructos políticos para assegurar ao envelhescente e à pessoa idosa exercer seu direito fundamental que é viver a vida em condições de escolhas e oportunidades.

Conceito de envelhescente é discutido com base em Prata, (2007), Mendes, (2012), Porto (2017), Porto (2018).

Atualmente, o público idoso tem se interessado por atividades diversificadas, pela retomada dos estudos, pela aprendizagem de novos conteúdos e habilidades resultando em diferentes formas de perceber e vivenciar a vida a partir da terceira idade. Nesse sentido perguntamos. Qual a relação entre as motivações dos

estudantes envelhescentes e da terceira idade? Como a participação no Curso de Inglês para a terceira idade têm possibilitado a construção de uma nova sociabilização? quais são as representações sociais da velhice de estudantes envelhescentes e participantes da terceira idade do Curso de Inglês da UFS?

O objetivo do curso é transmitir conhecimentos em uma nova língua estrangeira para participantes envelhescentes[4] e da terceira idade enfatizado pelo incentivo das: Lei de nº 10. 741/2003 do Estatuto e do Idoso, Título I, os três primeiros artigos da legislação atual, define o "idoso" a partir dos 60 anos de idade ao qual se deve oferecer todas as oportunidades e facilidades, para preservação de saúde física, mental e seu aperfeiçoamento intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Porto, (2018) relata ainda sobre quão importante é manter a qualidade de vida desse público alvo, manutenção cognitiva dos participantes assim como também, releva a importância de qualificar os alunos da graduação em experienciar as teorias em práticas estudadas em um olhar específico da experiência de vida dos longevos para o ensino e aprendizagem da língua estrangeira, e convivência com "idosos". (PORTO, 2018, p.20 -21).

A inserção na atividade, bem como a participação em outros espaços sociais demonstram que ao vivenciarmos diferentes oportunidades de sociabilização, as pessoas envelhescentes e idosas iniciam um estilo de vida que contraria as representações sociais tradicionais sobre os envelhescentes e terceira idade. Todos aprendemos a continuar vivendo cada fase e momento da vida com o comportamento social adequado a cada fase da vida.

O reconhecimento do processo de envelhecimento e as formas de lidar com o avanço da idade influenciam na construção de um novo estilo de vida, no qual, a pessoa idosa pode contar com mais tempo livre, com menos obrigações e preocupações com a família, com a experiência de vida, com os conhecimentos construídos ao longo de uma carreira profissional ou de vários vínculos de trabalho. Uma vida estável na terceira idade após uma trajetória de buscas e realizações é chamada de melhor idade, pressupondo que as pessoas nessa fase estão propícias a viverem os seus melhores dias. (SILVA, 2016, P.139)

4 Adotamos, para o escopo deste trabalho, a terminologia "envelhescente" (com SC, assim como nascer, crescer), que, à pessoa entre as faixas etárias de 45 a 59 anos. Ao utilizarmos a palavra envelhescente, assumimos a postura de Prata (2007), Mendes (2012), Porto (2017), Porto (2018), o emprego da palavra para aquelas pessoas que estavam abertas a novos aprendizados.

ISBN 978-65-86901-26-9

O termo longevidade foi alcançado em meados do século XX, diversas conotações contraditórias e pejorativas são atribuídas ao homem ou a mulher que envelhece [...]; segundo Silva, 2016 várias terminologias são aplicadas a todo aquele que atinge 60 anos de idade como , "velho", "idoso", "terceira idade", "maturidade", "idade da razão", "melhor idade", com justificativas e explicações diferentes. (SILVA, 2016, p.139)

A realidade desses termos alcançados a longevidade, o envelhecimento populacional ainda é um grande desafio para o Estado, a sociedade, e a própria família além do indivíduo que deve estar consciente das transformações fisiológicas que são inerentes ao homem e se preparar para enfrentar uma nova fase de vida e viver com dignidade, independência e cognição.

Mas o envelhecimento apresenta também uma realidade adversa da ideia de "melhor idade". Esse processo pode significar uma experiência negativa quando os aspectos da velhice que mais se destacam são a solidão, a perda das capacidades mentais e físicas, a hipossuficiência financeira, o desgaste psicológico originados de rompimento de vínculos, o sentimento de inutilidade e de ultrapassado e a nostalgia por não aceitar as transformações fisiológicas. (COSTA LIMA, 2014); (VILLANI, 2007).

O objetivo geral desse estudo é compreender a relação entre as motivações para estudar Inglês e a construção de uma nova relação de vida; compreender as concepções a envelhescência e a terceira idade nos Cursos de Inglês no processo de envelhecimento, seus interesses e motivações nessa fase da vida e suas experiências de aprendizagem e sociabilização no espaço da universidade.

A importância de compreender como as pessoas idosas e aquelas que estão próximas de alcançar essa idade, chamados por Prata, (2007); Mendes, (2012); Porto, (2018); que estudaram sobre o processo de envelhecimento, e contribuem para a produção de um conhecimento mais amplo sobre esse grupo populacional.

A realização de estudos voltados para os impactos do envelhecimento torna-se cada vez mais significativos e relevantes no contexto do aumento da população idosa. Desde o ano 2002 a Organização das Nações Unidas (ONU) alertou o mundo sobre o crescimento da população idosa mundial e os seus impactos na Declaração Política e no Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madrid[5].

5 https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/

Em 2017 a ONU divulgou uma pesquisa apresentando a projeção da população idosa para 2030 e 2050. Segundo projeções, em 2030 a população global com 60 ou mais anos de idade será de 1,4 bilhão e em 2050 será de 2,1 bilhões. Os números apontam que quase todos os países terão ¼ da sua população com mais de 60 anos.

Segundo Porto e Santos (2020) esse crescimento interfere diretamente nas condições de vida em nível mundial, atingindo vários âmbitos sociais como os sistemas previdenciários, de saúde e o mercado de trabalho.

O conhecimento dessa realidade permite o planejamento governamental com a elaboração de ações e políticas públicas que visem enfrentar os possíveis problemas causados por essa mudança demográfica. Contudo, essas pesquisas não servem apenas para a previsão de problemas, mas para criar ações voltadas à melhoria da qualidade de vida de população idosa e ao equilíbrio social.

O crescimento da população idosa no Brasil também é alto. A Pesquisa Nacional Amostra de Domicílios Contínua (PNAD, 2018) realizada pelo IBGE em 2018[6] mostra a população com mais de 60 anos chegou a 30,2 milhões em 2017, representando um crescimento de 18% em 5 anos. No estado de Sergipe a projeção para as próximas décadas é de um crescimento que praticamente triplica o número da população idosa em 40 anos. A PNAD realizada pelo IBGE em 2018 apontou a projeção da população idosa sergipana de 7,7% para 2019, de 14,5% para 2040 e de 23% para 2060. (PORTO; SANTOS 2020).

Este estudo selecionou um grupo de envelhescentes e idosos como um caso, a partir do qual podemos refletir sobre questões específicas do grupo, mas que servem como um parâmetro de reflexão sobre a questão mais geral que é o processo de envelhecimento populacional.

Nesse caso, o estudo com o grupo de pessoas envelhescentes e idosas permite pensar sobre o processo de sociabilização dessa população e sobre as concepções atuais da velhice. A partir do perfil dos estudantes envelhescentes e da terceira idade do Curso de Inglês é possível entender como as concepções sobre envelhecer motivam a busca por um estilo de vida que lhes permita construir uma ideia de continuidade da vida diferente dos modelos anteriores, isto é, isolamento social e familiar.

6 IBGE

Analisamos o perfil social dos participantes das duas turmas do curso de extensão nas aulas de Inglês para envelhescentes e terceira idade, com a finalidade de apreender as concepções desse grupo sobre o envelhecimento e os meios de ressignificação nessa nova etapa da vida, associada a outros hábitos de sociabilização.

Os participantes do curso são pessoas envelhescentes e da terceira idade como já mencionado; homens e mulheres que desejam aprender uma nova língua em uma idade em que eles são desafiados aos novos aprendizados. No passado costumava-se afirmar que a capacidade de aprendizagem era reduzida, mas diante dos estudos científicos baseadas em Knowles, Holton III e Swanson, (1998) enfatizam que:

> [...] a andragogia é uma ciência que procura desenvolver uma teoria específica para a aprendizagem relacionada a pessoas adultas. Conforme o autor, na Andragogia, assim como na teoria Humanista, acredita-se que a aprendizagem significativa leva a *insights* que fazem com que as pessoas entendam a si mesmas e aos outros. (KNOWLES; HOLTON III; SWANSON, 1998, p. 4);

Acreditar, experienciar e agir em cursos de extensão como uma 'Ação Política' faz a diferença na formação acadêmica dos graduandos de Letras como também na Coparticipação dos alunos do Núcleo a Pesquisa de Terceira idade – NUPATI, criado desde 10 de setembro de 1998, através da portaria nº748/G.R. – Gabinete do Reitor, com a finalidade de promover a cidadania da pessoa idosa; coordenado por professores da área de Ciências Socias que atuam em parceria com uma grande parte dos Departamentos de Licenciatura da UFS. Os participantes dos cursos de extensão são oriundos da comunidade em geral e também do NUPATI que lidam com ações sobre 'andragogia'.

A ação de experimento do curso de extensão nas aulas de Inglês pode favorecer a manutenção da cognição isto é, a capacidade da continuidade de aprendizagem pelo envolvimento social e desejo de aprender ainda que existam dificuldades de visão em aparelhos tecnológicos como: celular – *whatsapp,* aplicativos e usos de computadores para enfrentar os desafios da aprendizagem que nesse momento da 'Pandemia Covid-19'. Por isso, Porto (2018), acredita que:

> No cenário atual, faz-se necessário que a educação superior ofereça uma melhor e mais ampla formação intelectual e profissional, valorizando esse público de forma crítica e consciente sobre sua participação e inserção na sociedade. (PORTO, 2018, p. 21).

Diante da conscientização dos envelhescentes e participantes de terceira idade, alguns desistiram de continuar os estudos das aulas de Inglês de forma 'remota', isto é, on-line, devido às dificuldades de conhecimento prévio tecnológico e ou por falta de acuidade visual em participar das aulas ou, em, adquirir equipamentos que fossem capazes de auxiliar na transmissão das aulas com aparelhos celulares, e ao contrário do que poderíamos prever, houve uma outra demanda de pessoas do mesmo público de querer experienciar ambos aprendizados: o tecnológico e o da língua inglesa, mas, não impedimos os acessos das aulas remotas a aqueles que se sentiram maior dificuldade de adquirir ambas aprendizagens.

Para os futuros docentes que precisam aprender e estar preparados para lidar com esse público, o número de ingressantes envelhescentes e da terceira idade nos têm surpreendido. Ainda que exista delonga na automatização de uso sobre os assuntos estudados na segunda língua, ou de usos na tecnologia a prática dos dias de aula pode favorecer na prevenção de demências cerebrais. Izquierdo, (2004); Gabriel, (2004); Lent, (2005); Bialystok, Craik e Ruocco, (2006); Dehaene, (2012), têm se dedicado a estudar sobre doenças da mente, com o objetivo de compreender como os neurônios funcionam no processo de aprendizagem de uma língua estrangeira. Destaca Porto (2018).

A psicologia cognitiva estuda os processos cognitivos de percepção, atenção, retenção temporária e permanente, a compreensão da fala, a retenção e produção da aprendizagem conceitual e de raciocínio, bem como a resolução de problemas e o raciocínio dedutivo. A aprendizagem acontece quando habilidades são automatizadas. (PORTO, 2018)

Esse crescimento interfere diretamente nas condições de vida em nível mundial, atingindo vários âmbitos sociais como os sistemas previdenciários, de saúde e o mercado de trabalho.

O conhecimento dessa realidade permite o planejamento governamental com a elaboração de ações e políticas públicas que visem enfrentar os possíveis problemas causados por essa mudança demográfica. Contudo, essas pesquisas não servem apenas para a previsão de problemas, mas para criar ações voltadas à melhoria da qualidade de vida de população idosa e ao equilíbrio social.

## II Metodologia

Este estudo selecionou um grupo de envelhescentes e idosos como um caso, a partir do qual podemos refletir sobre questões específicas do grupo, mas que servem como um parâmetro de reflexão sobre a questão mais geral que é o processo de envelhecimento populacional. Nesse caso, o estudo com o grupo de pessoas envelhescentes e idosas permite pensar sobre o processo de sociabilização dessa população e sobre as concepções atuais da velhice.

A partir do perfil dos estudantes envelhescentes e idosos do curso de Inglês é possível entender como as concepções sobre envelhecer motivam a busca por um estilo de vida que lhes permita construir uma ideia de continuidade da vida e não de ruptura pelo fim dos vínculos e compromissos sociais anteriores.

A pesquisa tem sido realizada com os participantes do Projeto de Extensão/ PESQUISA - PIBIC: A Aula de Inglês para a Terceira Idade, na Universidade Federal de Sergipe sendo ofertado, aulas uma vez por semana para três turmas; duas turmas como extensão e uma turma como pesquisa - PIBIC com um total aproximadamente de 25 pessoas em duas turmas.

Os materiais são preparados de acordo com as necessidades de cada grupo e adaptados, uma vez que, não possuímos materiais específicos a terceira idade. Vale ressaltar que São feitas várias seleções para as aulas entre erros e acertos. (FREITAG, 2017).

As aulas acontecem na sede da UFS, no Condomínio de Laboratório de Informática e Documentação – LAMID - CEPITEC - nº 2, vinculado à Pró-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa.

As ações acontecem uma vez por semana e têm a duração entre 2/3 horas, com um intervalo no meio do turno; no ano de 2019, em que foi servido um lanche, os estudantes tiveram a oportunidade de socializarem entre si. Na continuação das ações em aulas remotas por duração de apenas 2 horas, sem intervalo e sem *Coffee break,* pelos motivos já expostos, percebe-se mais uma vez, quão importante é esse momento, mas na 'pandemia' isso é impossível de acontecer.

Por se tratar de um curso de extensão e pesquisa, as aulas são ministradas por estudantes do Curso Licenciatura Línguas Estrangeiras Inglês, vinculados a projetos de iniciação científica, coordenados por professores da instituição. O objetivo do projeto para formação dos alunos do Curso de Graduação é: preparar profissionais para ensinar a língua inglesa para estudantes da terceira idade. Esse objetivo leva em consideração o aumento da população idosa no

ISBN 978-65-86901-26-9

país e a inserção deste público em diferentes espaços sociais, inclusive nas instituições de ensino buscando dar continuidade aos estudos ou adquirir uma formação com maior qualificação.

No ano de 2019 a amostra foi composta por 37 participantes, 09 foram homens com idade entre 62 e 89 anos, e 28 são mulheres com idade entre 53 e 86 anos. No ano de 2020, alguns alunos não se adaptaram ao uso de novas tecnologias para darmos continuidade aos estudos devido a 'Pandemia' totalizando em 25 pessoas. Iniciamos os três cursos, isto é, duas turmas de extensão e uma turma de pesquisa, nas aulas remotas, de forma síncrona, isto é, aulas on-line sendo ministradas pelos alunos graduandos e os participantes das aulas obtiveram instruções para dar continuidade nas aulas, tarefas, utilizando o *google classroom, e o google meet* bem como o *whatsapp.*

No ano de 2019, o primeiro momento da coleta de dados para traçarmos o perfil dos participantes do Curso de Extensão 'A Aula de Inglês para a Terceira Idade', foi aplicado um questionário estruturado composto de treze perguntas, elaboradas a partir de temáticas que envolvem o perfil social dos participantes. A aplicação ocorreu no horário das aulas (presenciais), antes das atividades do curso serem iniciadas. O contato com os participantes iniciou com uma conversa sobre a experiência deles no curso e em seguida explicamos que faríamos a aplicação de um questionário com o objetivo de conhecer o perfil dos estudantes por nuvem de palavras.

As respostas dos questionários foram analisadas por meio do *Software IRaMuteQ 0.7 alpha2*, após a manipulação dos dados foi gerado gráficos do tipo "nuvem de palavras" para criar nuvens de palavras que ilustrasse por meio da imagem o perfil dos participantes da pesquisa. Foram geradas duas nuvens de palavras com os resultados dos questionários. O perfil de todos os grupos de participantes, homens e mulheres. Porém, identificamos separadamente em relação aos gêneros: Por isso foram gerados dois gráficos, isto é, um gráfico, respondido por homens e um outro gráfico com questionários respondidos por mulheres.

## Resultados e discussão

O primeiro momento, os participantes possuem um perfil social semelhante. A maioria aposentada, de classe social média cujo interesse é de participar em atividades de sociabilização que lhes oportunize preencher o

tempo livre após a aposentadoria ou a redução de obrigações sociais no trabalho e na família.

Os resultados da pesquisa são representados por meio de uma nuvem de palavras gerada após a análise dos dados no *Software IRaMuteQ 0.7 alpha2*. O gráfico em forma de "nuvem de palavras" permite identificar sobre as motivações dos participantes no curso de Inglês, as informações sobre os perfis sociais, suas atividades cotidianas e a percepção de si e da sua vivência enquanto pessoas envelhescentes e idosos. Com base nesses parâmetros buscamos representar o estilo de vida desses envelhescentes e idosos que se inserem em atividades sociais com o objetivo de ressignificar as suas vidas.

O gráfico 1 apresenta o perfil social dos participantes e as motivações no curso de Inglês:

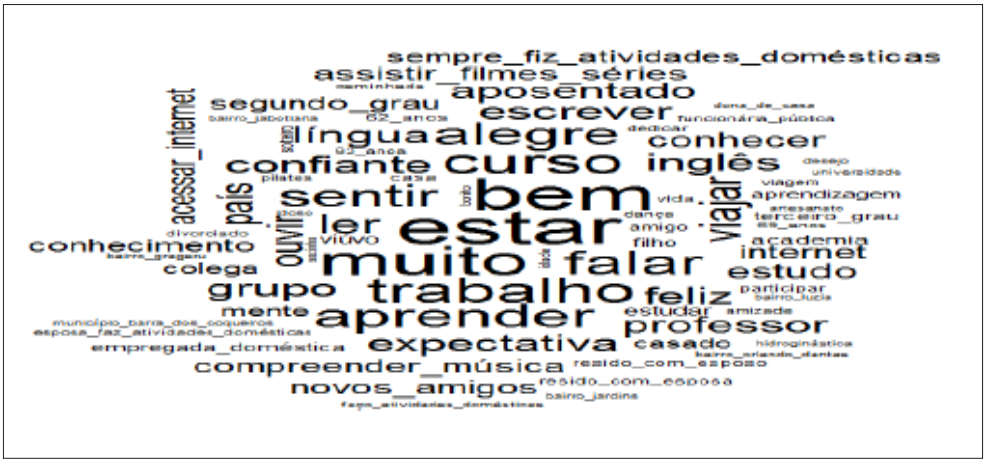
Gráfico 1: Perfil de alunos - Feminino (2019)

Fonte: (*IRaMuteQ 0.7 alpha2)* – Elaboração membros da equipe do Projeto de Extensão

No grupo estudado acima encontramos mulheres que não tiveram oportunidade de estudar porque precisaram se dedicar à família, que tiveram que trabalhar para criar filhos sozinhas e que tiveram que conciliar jornada de trabalho, de estudo e doméstica. O grupo também é constituído por homens trabalhadores, que identificamos em seus perfis que eles puderam se dedicar mais ao trabalho e aos estudos e menos às obrigações do lar.

O gráfico 2 apresenta o perfil social dos participantes e as motivações no curso de Inglês:

Gráfico 2: Perfil de alunos – Masculino (2019)




Fonte: (*IRaMuteQ 0.7 alpha2)* – Elaboração membros da equipe do Projeto de Extensão

Conforme dados apresentados, podemos observar a semelhança dos homens e das mulheres, nas ações do dia-a-dia, e, no entanto, percebemos diferenças nas motivações e suas participações. Quando falamos em diferença de gênero nesse estudo queremos nos referir as influências do gênero masculino e ou feminino como um marcador identitário que define papéis sociais diferenciados para homens e mulheres, e em consequência disso homens e mulheres vivenciam processos da sua vida de formas diferentes.

Por exemplo, as mulheres foram privadas por muito tempo da oportunidade de frequentar uma instituição formal de ensino, e, mesmo após elas conquistarem esse direito, percebe-se que ainda hoje muitas mulheres não adquiriram a mesma oportunidade de acessar o ensino formal de forma igualitária. As mulheres de camadas mais pobres enfrentam dificuldades até os dias de hoje. (BARROS; PORTO 2020).

Outros aspectos que denotam diferenças no processo de envelhecimento de homens e mulheres é a solidão na velhice. Nessa amostra é possível identificar que as mulheres são mais sozinhas do que os homens, a maioria são viúvas, solteiras ou divorciadas, enquanto a maioria dos homens são casados e moram com esposa e filhos.

O Curso de Inglês traz bem estar, desejo de aprendizagem, e atividades de ressocialização em novos ambientes saudáveis. As palavras em destaque demonstram as motivações para participarem de um curso de Inglês e características que promovem ao cotidiano dos participantes incluindo sua vida familiar e social. Os participantes afirmam que diante do conhecimento sobre

as possíveis demências, eles desejam continuar a aprender por ser a melhor forma de "espantar o Alzheimer", e de se manter cognitivo, isto é independente e continuar com a mente ativa. Outra justificativa para o interesse pelo curso é provar para as pessoas, inclusive familiares e amigos, que ainda são capazes de aprender e de começar a fazer coisas novas.

Em uma das perguntas buscamos saber por que escolheram o curso de Inglês, tendo em vista que há outras atividades disponíveis tanto na universidade como em outras instituições. A maioria respondeu que é para se comunicar melhor ao viajar para o exterior. Alguns responderam que acham a língua bonita e sempre quiseram aprender, outros explicaram que com a quantidade de demandas diárias nunca puderam se dedicar a atividades que não fossem referentes ao trabalho e à família.

Nesse sentido, o curso de Inglês na universidade é a oportunidade de ter uma vivência no espaço universitário desejada no passado, mas que por motivos pessoais não foi possível.

Há um outro momento nas aulas em que os alunos são incentivados a falar sobre os seus sentimentos, dizendo como estão se sentindo naquele dia e o seu ânimo antes de depois da aula. Essa interação se dá por meio da aplicação de testes emocionais, os quais servem para que os professores tenham conhecimento do nível de satisfação dos alunos, do estado emocional e das expectativas com o curso. Essas fichas auxiliam também a identificar traços de problemas emocionais, não como um diagnóstico, mas como uma informação fundamental para refletir sobre o processo de aprendizagem.

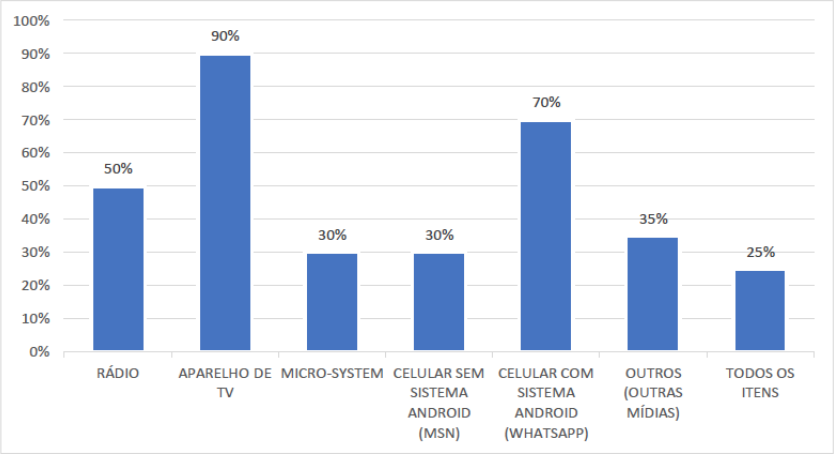
No segundo momento da coleta de dados no ano de 2019, foi aplicado um questionário composto por cinco perguntas sobre 'o uso de tecnologias', aos participantes das aulas do Curso de Extensão 'A Aula de Inglês para a Terceira Idade'.

O objetivo da pesquisa foi para saber como as pessoas envelhescentes e da terceira idade utilizavam as '*Mídias'* em suas vidas. E também para saber o conhecimento de usos tecnológicos aplicados no questionário de um TCC - Acadêmico, utilizado pelo acadêmico: Emanuel Santos Silva no ano de 2019 que manifestou interesse em iniciar pesquisa sobre esse público alvo e como o projeto visa também contribuir com pesquisa foi concedido esse direito.

A aplicação do questionário ocorreu no horário das aulas (presenciais), antes das atividades do curso fossem iniciadas. No questionário foram aplicadas perguntas sobre os tipos de equipamentos básicos como: rádio, aparelho de tv, *micro – system*, telefones fixos e ou celulares sem sistema de *android* (MSN),

e celulares com sistema de *android* (*whats app*), ou usos de outras mídias. Após as análises dos dados podemos afirmar que o nível de conhecimento de usos tecnológicos foi limitado, e, diante dos gráficos a seguir pode-se comprovar que os aparelhos adquiridos e utilizados não apresentavam avanços tecnológicos para possíveis usos de aulas remotas e ou a distância (SILVA, 2019). O gráfico 3 apresenta resultados sobre os usos das *Mídias* mais utilizadas em suas vidas.

Gráfico 3: Como os participantes do projeto utilizam Mídias em suas vidas?




Fonte: Elaboração: Emanuel Silva Santos, utilizado o *software* - *Excel* – (2019)

Inicialmente, podemos observar uma expressiva preferência pelo uso do aparelho de TV (90%), possível consequência do fato deste ser um dos meios de comunicação digital mais antigos e presentes na maioria dos lares familiares. Sua vasta variedade de modelos e custos, além da sua facilidade de uso, contribuem muito para o seu acesso.

Em segundo lugar, temos os aparelhos de celular com sistema *android* (70%). Os celulares têm se destacado bastante por conta de suprirem perfeitamente a crescente necessidade de estabelecer um canal de comunicação a longa distância, de maneira rápida e prática. As inúmeras funções adicionais, fruto de constantes *upgrades* que os diversos modelos sofrem anualmente contribuem ainda mais para essa preferência. Celulares como o sistema operacional *android* estão dentre os mais populares, e suporte a aplicativos como o *Whatsapp*, extremamente populares dentre seus usuários devidos a sua facilidade no envio e recebimento de dados.

ISBN 978-65-86901-26-9

Em seguida, com (50%) da preferência, temos o rádio convencional (que mantem apenas sua função primordial de transmissão de ondas sonoras). É perfeitamente plausível que a preferência pelo rádio convencional diminua com o avanço da tecnologia, além do fato de que sua principal função é compartilhada com a maioria dos aparelhos de celulares da atualidade.

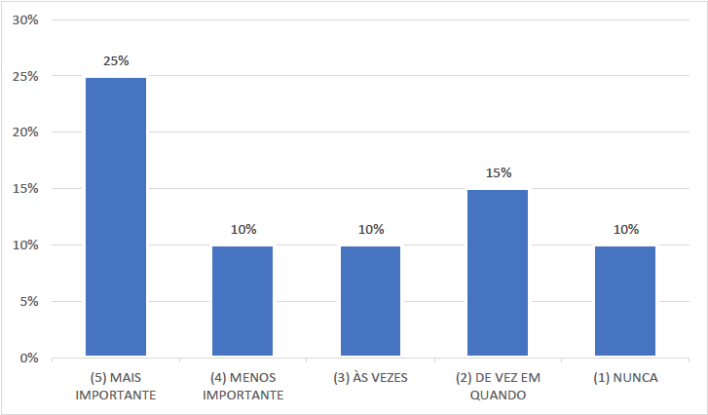
Continuando, com uma porcentagem preferencial muito próxima, temos o *micro-system* (30%) e aparelhos de celular sem sistema *andoid* (msn).

Não ficou clara a preferência pelo rádio convencional sobressair se em relação ao *micro-system*. Assim, acreditamos que tal diferença de resultado se dá pela preferência pessoal dos participantes, visto que o *micro-system*, apesar de uma menor preferência, como mostra o gráfico, é uma evolução do rádio convencional. No caso dos aparelhos de celular sem sistema *android* (30%), que dispõem de funções de comunicação adicionais mais simples, as tradicionais mensagens de texto limitadas a uma quantidade pequena de caracteres por mensagem. Há também de se notar a porcentagem de participantes que não dispões de uma preferência específica (25%), fazendo uso de todas as mídias digitais sugerias em seus dia-a-dia.

Ressalta-se nesse estudo que embora os envelhescentes e participantes da terceira idade não tivessem a prática sobre usos de tecnologias mais modernos como: *googleclassroom*, *googlemeet, zoom, google* acadêmico, e tantos outros artifícios de pesquisa para se navegar na *internet,* e, com a inesperada chegada da 'Pandemia', todos os interessados a dar continuidade aos seus estudos, interação social e continuidade de uma vida saudável e feliz, iniciamos o processo de formação de grupos de *whatsapp* das turmas dos Cursos de Extensão, mensagens de instruções como proceder no aprendizado tecnológico e posteriormente da continuidade das aulas de Inglês com um tutorial para fazer lembrar como se utilizar dos passo a passo e acesso às aulas.

Outra observação a ser feita na análise dos dados, o acadêmico não especificou no gráfico de nº 3 e gráfico de nº 4, quais equipamentos foram considerados de maior importância e de frequência de usos mas por ser um trabalho final de conclusão de Curso e ainda fazendo a integração de uso entre Ensino & Pesquisa & Extensão tratamos com relevância o seu trabalho. No gráfico 4 - Foi utilizada a pergunta: Quais equipamentos de utilização de *Mídias* foram considerados mais importantes?

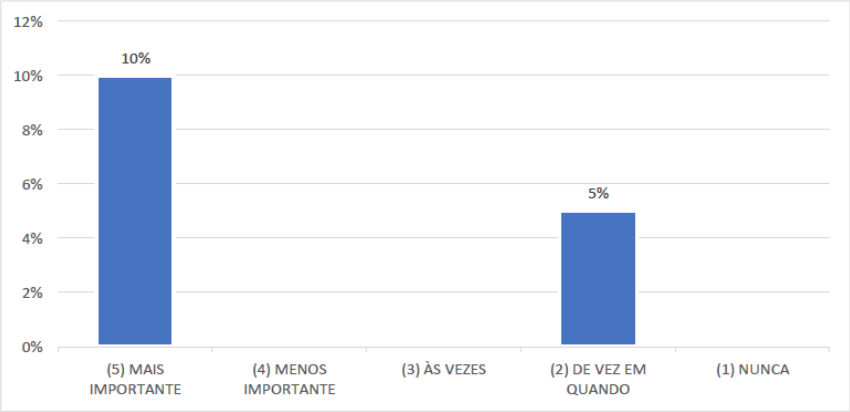
Gráfico 4: Quais equipamentos de *Mídias* foram considerados mais importantes?




Fonte: Elaboração: Emanuel Silva Santos, utilizado o *software* - *Excel* – (2019)

Os resultados nos mostram uma hipótese de uso tecnológico o qual não haveríamos previsto ser tão breve a necessidade dos usos tecnológicos em aulas remotas e oportunizando um dado real em uma experiência no ano de 2020 nos cursos de Extensão da Universidade Federal de Sergipe , ' A Aula de Inglês para Envelhescentes e Participantes da Terceira Idade'. No gráfico 5 apresenta-se o resultado sobre a frequência dos usos dos equipamentos mais utilizados - Mídias?

Gráfico 5: Qual maior frequência de usos dos equipamentos – *Mídias*?




Fonte: Elaboração: Emanuel Silva Santos, utilizado o *software* - *Excel* – (2019)

Nessa coleta de dados da pesquisa de TCC do acadêmico - Silva, (2019) foi feita na última pergunta se os participantes do Projeto de Extensão 'A Aula

de Inglês para a Terceira Idade', utilizavam outras mídias digitais como segue no quadro 1 abaixo:

Quadro 1: Usos de outras *Mídias* .

| | |
|---|---|
| 1. | **REVISTAS ELETRÔNICAS** |
| 2. | **JORNAIS ELETRÔNICOS** |
| 3. | ***FACEBOOK*** |
| 4. | ***INSTAGRAM*** |
| 5. | **YOU TUBE** |
| 6. | ***GOOGLE* (FERRAMENTA DE BUSCA)** |
| 7. | ***FIRE FOX* (FERRAMENTADE BUSCA)** |

Por último, podemos observar uma parcela de participantes que também optaram por outras mídias (35%). Paras estas, foi reservada uma sessão onde elas puderam ser devidamente citadas:

Halicka; Surel (2020) apresentam estudos recentes sobre o uso tecnológico promovendo um bem aos neurônios e as tarefas de trabalho recentes que ocorrem em nossas mentes afirmando que a aqueles que aceitam o desafio da aprendizagem dos usos tecnológicos serão favorecidos, promovendo novas sinapses neuronais. Afirmam ainda as autoras que esse público possui um comportamento disciplinar de cuidados sobre revisões periódicas de saúde; atividades físicas; que podem ser um desafio, mas devem ser praticados de acordo com as suas necessidades. HALICKA; SURREL, (2020, p.594).

Os envelhescentes da amostra citado pelas autoras supra citado adotam um estilo de vida ativo, preenchido por uma série de atividades e no qual ainda é possível novos começos.

É comum vermos através dos meios de comunicação o enaltecimento da fase idosa como um momento de liberdade, independência e estabilidade, no qual as pessoas podem fazer tudo que quiseram, mas não puderam em outro momento da vida.

Além do curso de Inglês muitos fazem parte de um projeto que possibilita pessoas idosas a se matricularem como alunos regulares em disciplinas isoladas dos cursos de graduação vinculada ao NUPATI/UFS. Eles estão inscritos também em outros projetos para pessoas da terceira idade como o oferecido pelo Instituto G. Barbosa, pela rede SESC, da cidade de Aracaju. As ações em que se envolvem são variadas, como hidroginástica, yoga, pilates, treinos de resistência física, pintura, meditação, coral, grupos religiosos e encontros sociais.

Os participantes do projeto também demonstraram interesse em viajar com familiares, amigos ou sozinhos. O grande número de pessoas idosa viajando é uma realidade que resultou na criação de um nicho do turismo especializado para promover passeios turísticos para pessoas da terceira idade. Isso explica o interesse em continuar aprendendo novos conteúdos e adquirindo novos conhecimentos, pois a oportunidade de conhecer novos lugares e pessoas apresenta-se como desafio nas relações interpessoais e na adaptação das novidades com as quais eles se deparam no dia a dia.

No mundo em que o conhecimento e a informação são transmitidos de forma cada vez mais dinâmica e, diante desse impacto social - 'Pandemia', e com o desenvolvimento da tecnologia e globalização, o acesso as informações vislumbraram novas atividades aos envelhescentes, isto é, pessoas que estão dispostas aos aprendizados de novas ações e pessoas da terceira idade podem contribuir na reinclusão laboral com uma jornada de trabalho reduzida de acordo com as necessidades de cada um, e compartilhar experiências com aos mais jovens em empresas, dirimindo prováveis prejuízos econômicos sobre determinados usos tanto de material físico como humano.

A tecnologia e a gerontologia afirmadas por Halicka; Surrel, (2020, p.594) podem facilitar a vida dos idosos. Inicialmente sugere-se que sejam aplicadas metodologia sobre o eu os idosos têm de conhecimento tecnológico e depois adquirem aulas sobre os aparatos tecnológicos.

A geração que hoje tem mais de quarenta anos de idade somente teve acesso as atuais tecnologias da comunicação na fase adulta, portanto eles tiverem que se adaptar ao mundo dos aparelhos celulares com inúmeras funções e às mídias digitais como ferramenta de sociabilização. Os recursos tecnológicos são utilizados nas aulas como ferramentas pedagógicas e o grupo mostra familiaridade com as novas tecnologias e as novas formas de interação promovida por elas. Para o grupo é fundamental estar atualizado por isso eles apontaram como expectativas de aprendizagem ler, escrever e compreender Inglês para explorar a Internet com mais possibilidades, ouvir e compreender músicas na língua inglesa, se comunicar com pessoas que falam o idioma, conhecer pessoas pela web, conversar com estrangeiros em viagens para outros países. (PORTO; SANTOS 2020)

Ainda que o curso de Inglês para terceira idade seja um curso de extensão aberto à comunidade, sem nenhum custo com matrícula ou mensalidade, não consegue atingir um público muito diverso. Os envelhescentes e participantes da terceira idade dos cursos de Inglês compreendem a universidade como um

espaço restrito a uma parcela que se dedica à pesquisa e à formação, e por esse motivo enfatizam a sua satisfação em fazer parte desse espaço tendo acesso aos estudantes e aos professores da UFS. Boa parte dos alunos do curso nunca tinham estado em uma universidade, ainda que como curso de extensão e ou de pesquisa.

Sale (2018), afirma que o estudo da tecnologia e envelhecimento diante do desenvolvimento das funções diárias podem ajudar aos idosos a identificar e diminuir os efeitos das modificações degenerativas do sistema neuronal e muscular assim como a 'gerontecnologia'; ela deve ser experienciada por todos e que esse processo de aprendizagem tecnológica que objetiva manter as ações cognitivas e funções físicas, baseadas em tratamentos de estudos diagnósticos de doenças crônicas enfatizando essas atividades no desenvolvimento do dia -a-dia da vida dos idosos. (BOUMA, 1992); (SALE, 2018).

> Gerontechnology is a field of study focusing on the development of Technologies with an aim to improve elderly people's life". SALE, (2018). "The study of technology and ageing for the improvement of the daily functioning of the elderly" BOUMA, (1992).

A gerontologia é aplicada e assistida porá auxiliar no monitoramento dos idosos em seus locais de vivência em termos de independência e qualidade de vida, como também nas residências que necessitam de ajuda como: aparelhos celulares, *robôs*, e, programas de acesso de informação ou jogos de *vídeo games* nos processos de reabilitação e desenvolvimento motor.

Outros exemplos da 'gerontecnologia' foram citados como: serviços médicos de saúde por telefone; ferramentas de comunicação para idosos (*google áudio,* que transcreve a fala em texto); reabilitação e mobilidade; dispositivos detentores de acidentes residenciais; adaptação ambiental - robotizados; reconhecimento emocional e equilíbrio no humor – voz etc.

## Considerações finais

O curso de Inglês oportuniza conhecer e conviver com pessoas que estão passando pelo mesmo processo, bem como de um eterno aprender como no momento em que estamos vivenciando o período da 'Pandemia', e assim, trocar experiências, criar laços de amizade que se estendem além do curso trazem efeitos positivos sobre a motivação de um novo viver com qualidade

de vida ativa. Esse é um momento onde podem ser discutidos assuntos diversos, integração social, sobre assuntos do dia-a-dia e de identificação de novos relacionamentos uns com os outros.

Desse modo, as motivações perpassam pela percepção de si, como eles se vêm e se reconhecem como um público em uma faixa etária que não é a mais comum nas instalações da universidade Federal de Sergipe, mas se sentem capazes de se inserir e se adaptar às demandas, desafios de aprendizagem de uma língua inglesa, bem como, outras disciplinas e inclusive usos de tecnologia nesse espaço educativo, incorporando um novo estilo de vida, cognitivamente e com qualidade de vida.

Este estudo nos permite conhecer características específicas dos grupos analisados sobre o perfil dos dois grupos, masculino e feminino ao tempo que possibilita identificar características comuns da população de envelhescentes e da terceira idade e também sobre o uso de tecnologia das mais simples às mais sofisticadas como *googlemeet*, *googleclassroom*, *zoom,* para prováveis aulas a distância e ou remota, e verificar como as pessoas mais velhas participam em cursos de extensão e de pesquisa, no caso dos Cursos de Inglês entre as faixas etárias de 45, 80 anos de idade em diante.

As hipóteses das coletas de dados do ano de 2019, foram todas vividas e estão sendo experienciadas com o impacto da 'Pandemia' e pode ser comprovada a capacidade cognitiva de todas as idades poderem acessar as tecnologias, ainda que com algumas desistências pelas dificuldades apresentadas, eles podem continuar a aprender a língua inglesa bem como acessar equipamentos de tecnologia, mostrando-se ativo, feliz, com qualidade de vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BIALYSTOK, E.; CRAIK,f. I. M.; RUOCCO, A. C. Dual-modality monitoring in a classification task: The effects of bilingualism on aging. *The Quaterly Journal of Experimental Psychology,* v. 59, n. 11, p. 1968-1983, 2006.

BRASIL. Lei n. 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, 1º out. 2003.

BOUNA, H.1992 Gerontechnology, Bouma, H., Graafmans, J.A.M., Eds., Eds.,IOS Press:Amsterdam, Netherlands,1-5.

COSTA LIMA, G. A. *Do velho ao idoso.* São Paulo: Paco, 2014. 128p.

DEBERT, G. G. Gênero e envelhecimento: os programas para a terceira idade e o movimento dos aposentados. *Revista Estudos Feministas,* n. 3, v. 2, p. 33-51, 1994.

DEBERT, G. G. *A Reinvenção da Velhice:* socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: USP/FAPESP, 2004. 272 p.

DEHAENE, S. *Os neurônios da leitura*: como a ciência explica a nossa capacidade de ler. Tradução de Leonor Scliar Cabral, Porto Alegre: Penso, 2012. 372p.

FREITAG, R. M. K. *Documentação sociolinguística, coleta de dados e* ética *em pesquisa*. São Cristóvão: EdUFS, 2017.

GABRIEL, R. Uma leitura introdutória ao paradigma conexionista. *Signo*, v. 29, n. 47, p. 71-98, 2004.

GONDIM, S.; LOIOLA, E.; BORGES-ANDRADE, J. E. Emoções e aprendizagem em contextos sociais: aspectos conceituais. In: GONDIM, S.; LOIOLA, E. *Emoções, aprendizagem e comportamento social:* conhecendo para melhor educar nos contextos escolares e de trabalho. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015. p. 17-51. https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idos

HALICKA, K.; SUREL,D. Evaluation and Selection of Tecnologies Improving the Quality of Life of Older People. European Research Studies Journal Volume XXIII, Issue 2, 2020 pp.592-611.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico – 2010*. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 15 jul. 2016.

IZQUIERDO I. *Memória*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 133p.
IZQUIERDO I. *Questões sobre memória.* Coleção Aldus. São Leopoldo: Unisinos, 2004. 128p.

KNOWLES, M.; HOLTON III, E.f.; SWANSON, R. A. *The Adult Learner.* 6. ed. London: Elsevier, 2005. 366p.

LENT, R. *Cem bilhões de neurônios:* conceitos fundamentais de neurociência. São Paulo: Atheneu, 2005.

MENDES, T. M. S. *Da adolescência* à *envelhescência*: convivência entre as gerações na atualidade. Porto Alegre: Mediação, 2012. 176p.

PORTO, M. A.R. Tempo cognitivo e tempo social nas aulas de inglês para a envelhescência e terceira idade / Maria Augusta Rocha Porto – Tese de doutorado defendido em 2017.

PORTO, M. A.R. Tempo cognitivo e tempo social nas aulas de inglês para a envelhescência e terceira idade / Maria Augusta Rocha Porto. - São Paulo: Blucher, 2018.84 p.: il., color. (open Access) PORTO, M. A. R.; SANTOS, V. de B. Aprender Inglês como Inclusão e Construção de Um novo Estilo de Vida. p. 341-362 - In. LIMA, M. E. O. ; FRANÇA, D. X.; FREITAG, R. M.Ko. Processos psicossociais de exclusão social p.444 ISBN:9786555060393 DOI:10.5151/9786556060393 Blucher, 2020.(open Access)

PRATA, M. *Cem melhores crônicas.* Cartaz Editorial/Jornal. São Paulo: Planeta do Brasil, p. 60-61, 2007.

SILVA, N. L. S. *Educação da terceira idade:* inclusão social e inovação pedagógica na universidade. Aracaju: Editora Diário Oficial do Estado de Sergipe – Edise, 2016.

SILVA, Emanuel Santos - TCC - Investigar a frequência de uso e grau de importância de mídias digitais no Curso de Extensão e Pesquisa – 'Aulas de Inglês para a Terceira Idade'.

SALE, P. 2018. Gerontechnology, Domotics and Robotics. In Reabilitation Medicine for elderly patients, Masiero, S., CARRARO, U., Eds. Springer International Publishing, 161-169. Doi:10.1007/978-3-319-57406-6.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, v. 46, n. 12, p. 1569-1585, 1998.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. *Anuário Brasileiro de Educação Básica – 2016*. São Paulo: Editora Moderna, 2016.

TODOS PELA EDUCAÇÃO. *Anuário Brasileiro de Educação Básica – 2017*. São Paulo: Editora Moderna, 2017.

VILLANI, F. L. *A longevidade no aprendizado de línguas*: acrescentando vida aos anos e não anos a vida. Linguística aplicada e Estudos da Linguagem. 2007. 278f. Tese (Doutorado em Linguística). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2007.

# LUTO: UM ESPAÇO PARA VOCÊ! RELATO DE EXPERIÊNCIA DE IDOSOS ENLUTADOS DA ZONA LESTE DE SÃO PAULO

Caio Brunelli Brailiense[1]
Rosamaria Rodrigues Garcia[2]

**Resumo:** Introdução: "Caio, perdi meu filho e mãe. Como dói"- M.,76. "Rosa, perdi minha esposa após conviver 52 anos com ela." –D.,77. "Eu também. Esposo partiu e levou pedaços de mim"- H., 84. Idoso convive muito com lutos e, devido a morte ser tabu, não enfrenta-a. Assim, a dor fica e os sintomas de desmotivação, autonegligência e depressão surgem. QUE fazer? COMO fazer? Objetivo: Relatar experiência de grupo à idosos enlutados por meio de um método inovador. Metodologia. Acolhimento Empoderador Terapêutico, cujo idoso era colocado frente ao seu igual e, a partir dos princípios do peer instruction e sala de aula invertida, acolhia e era acolhido. Resultados e Discussão. Ao verem-se entre seus iguais, idosos identificaram-se e acolheram-se de tal modo a chamarem-se de GRANDE FAMÍLIA, criaram grupo de luto extramuros e, como outro resultado do empoderamento, passaram a acolher e apoiar enlutados pelo COVID-19! CONCLUSÃO. Embora tabu, quando enfrentada humanamente, a morte pode não só levar e, sim, trazer (novas) pessoas: uma nova FAMÍLIA e empoderar e fazer do enlutado uma nova pessoa.

**Palavras-chave:** Luto, Idosos, Fenomenologia, Ressignificação, Grupo.

1 Psicólogo, Especialista em Gerontologia pelo Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia "José Ermírio de Moraes", Docente do Curso de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro Universitário São Camilo, caiobrasiliense@yahoo.com.br;

2 Fisioterapeuta, Especialista em Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Docente da Graduação do Pós-Graduação Stricto Sensu em Inovação do Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul rosamaria.garcia2016@gmail.com;

## Introdução

"Caio, Rosa, perdi dois filhos, um em menos de 4 meses"- A., 83.

"Rosa, perdi meu bebê, meu filho de 56 anos"- M., 76.

"Caio, perdi minha filha de 25 anos, como dói!" - J. 79

São falas apenas de uma amostra específica, isto é, apenas de alguns idosos específicos da zona leste de São Paulo OU é uma realidade com a qual inúmeros idosos convivem, o luto? A perda de entes queridos.

"Caio, perdi minha esposa após conviver 52 anos com ela." –D.,77.

"Eu também. Esposo partiu e levou pedaços de mim!!"- H., 84.

"Esposa que tanto amei faleceu!" - V.,78 anos

Se, ao atingir os setenta, oitenta anos, vai se tornando frequente o idoso conviver com inúmeros lutos (Santos, Schliemann e Solano, 2014), seja de cônjuge, filho, amigos, irmãos, por que nenhuma luz é lançada sobre essa então especificidade da velhice? Por que não debate-se isso claramente, não há ações e embates sobre?

A morte ainda é um tabu na sociedade ocidental (KÜBLER-ROSS, 1985)? Ou melhor, marginalizada (Barbosa, Melchiori e Neme, 2011), impossibilitada de ser incluída e debatida a fim de pensarem-se caminhos de como voltarmos a caminhar após a sua vinda?

Aliás, e especificamente: é possível voltar a caminhar após seu advento? Após o advento da tão temida e inescrupulosa morte? O idoso pode voltar a caminhar após a vinda da tão temida ou conviverá com inúmeros sintomas e até doenças como meios das dores trazidas pela morte se manifestarem? O idoso tem como única alternativa conviver com esses sintomas OU ele pode enfrentar e lidar com esses lutos que assinalam a velhice?

Será que ao idoso enlutado resta conviver com o rótulo de "patológico" ou "não resolvido"? Resta ficar encurvado e paralisado (PARKES, 1998) porque é inerente à velhice dores, paralisação e comorbidades (NERI, 1995)? A ele resta ser medicado para "eliminar" seu sofrimento?

É possível lidar com as dores que lhe assinalam e continuar a des-envolver-se (NERI, 1995) em seu existir, porquanto é um ser em contínuo processo de des-envolvimento (POMPEIA e SAPIENZA, 2016) ou lhe é destinado viver a velhice enquanto decrepitude (NERI, 1995)? Se sim, considerando especificamente esses enlutamentos pelos quais passa e convive à mancheias e, por consequência vai paralisando e sintomatizando, COMO fazer? QUE fazer? DÁ PRA FAZER?

ISBN 978-65-86901-26-9

Diante da complexidade da temática, da escassez de literatura a respeito de práticas terapêuticas sobre luto, o objetivo deste capítulo é relatar a experiência de um grupo terapêutico para idosos enlutados do extremo leste da cidade de São Paulo.

## Metodologia

Em posse das concepções de que ao idoso é inerente doenças, decrepitude e o declínio (NERI, 1995) muitas ações são desenvolvidas. Ou melhor, não vemos muitas ações terapêuticas empoderadoras (TADDEO et al., 2012) consistentes, em razão de acreditar-se que é inerente ao idoso ter e conviver com doenças, males, decrepitudes e declínios apenas, logo, dores provenientes de lutos, são mais umas que compõem e assinalam a atmosfera cotidiana do idoso.

Deste modo, ao atingir os sessenta anos lhe é reservado uma queda ascensional em seu processo de des-envolvimento?

Por outro lado, as concepções contemporâneas de curso de vida não preconizam a supremacia de uma fase do desenvolvimento humano sobre a outra, notadamente desacreditam que a pessoa atinge uma faixa etária e passa a declinar. Pelo contrário, acreditam que o desenvolvimento dá-se por toda vida, por todo seu curso (NERI, 1995).

Acreditam, portanto, no envelhecimento o qual caracteriza todo processo humano, do nascimento à morte; equivalente, portanto, ao desenvolvimento, o qual acontece por toda vida (NERI, 1995).

A partir dessas concepções, acreditamos piamente que o humano continua a des-envolver-se, envolver-se em seu curso de vida por toda sua existência, inclusive quando atinge os sessenta anos. Acreditamos e, em posse dessas concepções que crêem sobretudo no humano, desenvolvemos uma ação com idosos que padeciam atrozmente pela dor pela qual mais foge-se e marginaliza-se: luto. No caso deles, lutos!

A ação desenvolvida foi um grupo. O qual desenvolvido a partir dessa compreensão e crença no humano, na capacidade de reapropriar-se de suas capacidades, tal qual diz, TADDEO et al. (2012), empoderar-se, cujo trabalho norteou-se, essencialmente, com vistas, como TATOSSIAN (2001) preconiza, à autonomia da pessoa idosa.

Assim, o trabalho não desenvolveu-se de maneira vertical, através do depósito de saberes (FREIRE, 2005) nos então vasos, que seriam os idosos.

ISBN 978-65-86901-26-9

Muito pelo contrário, o trabalho deu-se de maneira horizontal, a partir e não para o idoso (FREIRE, 2005), fomentando a autonomia e o empoderamento dos idosos.

Trabalho esse, como dito, embasado na crença no humano e em suas capacidades, cuja função nossa foi a de fomentar a autonomia (TATOSSIAN, 2001), o encontro e identificação dos idosos.

Ou seja, atuamos com a metodologia ativa peer instruction (MAZUR, 2015; MATTAR, 2017) que consistiu em promover a aproximação dos idosos enlutados, notadamente os que passavam pelas mesmas dores. Por exemplo: aproximando e formando duplas de idosos viúvos e idosas mães que perderam filhos para ouvirem cada um a dor do outro.

Ainda, consideramos e aproveitamo-nos das reconhecidas vantagens do trabalho em grupo, e principalmente do trabalho em grupo com idosos. De acordo com Zimerman (2012), o trabalho com grupos promove benefícios tais como reunir pessoas que vivenciam situações, dilemas, dores, sofrimentos, dúvidas muito semelhantes, e ao identificarem-se como pares, internalizam o sentimento de pertença, e naturalmente, sentem-se mais amparados, acompanhados por outras pessoas.

Além disso, as atividades em grupo são uma ótima oportunidade de compartilharem o que sentem, seus avanços, recaídas e opiniões. E isso vale para pessoas de várias faixas etárias, com qualquer tipo de doença, agravo, situação ou simplesmente para qualquer finalidade terapêutica, preventiva, de promoção. Isso não significa extinguir o atendimento individual (Zimerman, 2012).

Assim, ao lado de nossa postura essencialmente acolhedora, delicada, fomentadora e humana, o que assistimos foram idosos apoiando-se, pois passavam pela mesma dor que a sua dupla e, tal como MAZUR (2015) preconiza, houve um sentido muito grande nessas ações porquanto quem passa pela mesma dor consegue falar, ouvir e entender melhor a situação do outro.

A partir do protagonismo e da nova rede formada no grupo, que foi cada qual, as ações desenvolveram-se, sempre pautadas na biografia da pessoa idosa, de modo lúdico e horizontal.

Ao mesmo tempo, tais ações só puderam acontecer à medida em que o acolhimento foi estabelecido por nós enquanto norte e base das ações.

Aceitando e dando guarida (POMPEIA e SAPIENZA, 2016) às dores que experienciavam pela tão temida e marginalizada morte, expressando nossa compreensão do luto e das reações que experimentavam através da seguinte frase: não normal seria não sentir nada após ter convivido por mais de

cinquenta e dois anos com seu cônjuge". E, ainda, "não normal seria a senhora não sentir nada após perder dois filhos".

Assim, a naturalização desses sentimentos, notadamente da morte, propiciou uma atmosfera de guarida e aconchego e, a partir daí pudemos galgar os caminhos do empoderamento, da conversão dos idosos ora decrépitos e inúteis (NERI, 1995) a pessoas agentes (TATOSSIAN, 2001) e protagonistas de sua história.

Afinados a essa compreensão e à empatia, colocamo-nos no lugar de quem padecia atrozmente pensando: como, após perder dois filhos, após perder aquele com quem convivi por mais de 52 anos, gostaria de ser atendido?

Em posse dessa indagação agimos com total delicadeza e humanismo: não jogamos os idosos no grupo sem uma prévia preparação. Realizamos uma conversa inicial, intimista e descontraída a fim de conhecer aquele idoso e colocarmo-nos à disposição em ajudá-lo caso assim desejasse através do grupo.

Nesta conversa inicial foram apresentados os objetivos do grupo e, em posse de sua autonomia, o idoso decidiria se participaria ou não; reforçando ao mesmo que, a partir daquele momento não estava sozinho e, sim, contaria conosco. Estariam não só os profissionais com ele e sim outros idosos.

Quanto aos profissionais não estaria o psicólogo, fisioterapeuta e enfermeiro e, sim, profissionais da saúde, fomentando o olhar e compreensão interdisciplinar (MINAYO, 2010). Era gente cuidando de gente.

Éramos os gentecistas, conforme preconiza Amaral (2020), que se considera médico de gente, cuida de gente e gosta de gente. Em detrimento à sua especialização ou área de atuação, considera o ser humano de modo integral e integrado, sua história, cultura, valores e necessidades.

Já desde o início, através de falas, escutas, olhar e enfeites na sala, o foco era o cuidar e não curar (PESSINI e BERTACHINI, 2004)! Cuidar da pessoa e não da queixa/doença (CAMPOS, 1995). Acreditávamos nisso, além de crer na força da rede de proteção social em que nos inseríamos nesse primeiro momento, ao lado do grupo e dos demais idosos, e da instituição (PARKES, 1998; MAYER, 2012).

Igualmente, rastreamos onde estavam os idosos enlutados (abundantes por sinal) através de uma lista de idosos enlutados, bem como o encaminhamento por médicos e profissionais não médicos, a partir de uma conversa e discussão com os mesmos.

Consideramos este momento importante, cujos profissionais conversariam com o enlutado, pedindo permissão para ligarmos para estes e agendarmos

uma conversa. O grupo era caracterizado por ter porta aberta, ou seja, o idoso podia adentrar ao grupo a qualquer momento, logo após a conversa inicial. Afinal, quem tem dor, tem pressa.

Assim, em posse desse preparo e o idoso, após ter sido preparado e conhecido o grupo através da conversa inicial, era encaminhado. Contudo, dessa vez preparando o ambiente em todos os encontros, novamente guiados pela empatia acima referida.

Tentávamos deixar o ambiente o mais acolhedor possível, trazendo uma toalha aconchegante, chá, café, bolachas, copos, lenços de papel, água, balas, dispor os circunstantes em círculo, de modo a fomentar a proximidade e consequente identificação entre os mesmos.

Deste modo, propusemos a eliminação de qualquer hierarquização entre eles e nós a fim de expressar a horizontalidade e não verticalidade da relação entre todos, assim como objetivando fomentar a proximidade e intimidade entre os circunstantes (REHFELD, 2013).

Mesa no canto da sala e todos próximos, ao lado dos "comes e bebes".

Envidávamos esforços para não só retirar os entes físicos como qualquer distanciador: sejam conceitos, teorizações ou outros mecanismos que nos distanciariam do idoso.

Objetivamente, para permitir e impulsionar esse acontecimento, trabalhamos com a fenomenologia existencial, muito mais que uma abordagem, um olhar por pessoas e para pessoas, que consiste em tirar qualquer muro e corredores entre nós e idosos (PESSOA, 1969).

Afastar qualquer "entre" a fim de aproximarmo-nos às pessoas. Aproximando-nos mais ainda à noção de cuidar em face ao curar (PESSINI e BERTACHINI, 2004).

Cuidar de gente (AMARAL, 2020) e não de doenças (CAMPOS, 1995), de coisas e ou número de prontuários. Igualmente, a fim de não distanciarmo-nos e perdermos o fenômeno que se descortinava à nossa frente, a fim de não perdermos a pessoa que se mostrava à nossa frente, não trazíamos algo de antemão e nem durante sua fala.

Sim, fixávamo-nos no que mostrava-se. Um olhar que aproxima, não distancia. Traz para perto, foca na pessoa. Trata-se de não realizarmos teorizações sem fim e, sim, tirarmos quaisquer empecilhos, conceitos, noções pré que nos afastariam dela. Permitiu-se sentir um pouco o que os idosos traziam, ao invés de virem com um pacote de sessões pronto, elegiam os idosos como pacientes e não a sua doença.

Cuidando e não visando curar, tratar a pessoa como pessoa, como gente. E tratamos alguém enquanto gente sendo gente também, isto é, conversávamos horizontalmente, de maneira humana, leve e descontraída.

O próprio psicólogo Carl Rogers (1997) já dizia que o bom humor e a descontração constituem formas de aproximar mais as pessoas, de horizontalizar as relações, de torná-las mais humanas, contribuindo sobremaneira para o entrosamento, para que aos poucos, cada sujeito se aproprie do grupo e de seus verdadeiros sentimentos, contribuindo também para a IDENTIDADE do grupo.

Notadamente essa leveza e descontração foi uma das grandes ferramentas relacionais que permitiu os idosos aproximarem-se e sentirem-se gente também; sentirem-se compreendidos e sobretudo aconchegados. Marca do grupo, com a qual os membros foram se aproximando demasiadamente e formando, ulteriormente, uma sólida rede.

Ao lado disso, postávamo-nos na porta da sala recebendo a todos com um sorriso frugal e firme, desejando boas-vindas a cada um. O grupo acontecia sempre uma vez por semana, às quartas-feiras, no período da manhã, com duração de uma hora e meia, sempre acontecendo na mesma sala, pequena e intimista.

Espaço físico a esses idosos e nessa sala também foi sendo gerado um espaço a esse sentimento que ficara sem espaço na sociedade, pois a morte é um tabu e não podemos enfrentá-la, por consequência, os sentimentos por ela gerados ficam sem lugar. Assim, acolhimento, empoderamento, humanismo, delicadeza, rede e cuidado baseado na biografia do idoso foram permitindo a eles experienciarem em si o próprio nome do grupo: "luto, um espaço para você".

Os idosos foram granjeando um espaço a esse sem espaço na sociedade, qual seja, o luto. Igualmente, em razão de agirmos de maneira humana, não agimos de modo desumano e tirânico, tal qual FREITAS (2018); MICHEL e FREITAS (2019) preconizam, almejando arrancar e eliminar esse sentimento de luto pelo qual inúmeros idosos passavam.

Seria desconsiderar a história pela qual passaram com seus entes queridos. Não. E, sim, visando incorporar esse luto ao existir do idoso (MICHEL e FREITAS, 2019). Colimando, tal qual uma idosa verbalizou: "costurar" essas dores, ou, como FREITAS (2014) preconiza: ressignificar essa dor. Ir conferindo, a partir dessas compreensões, outros significados e cores à relação com o ente falecido, atribuindo, assim, o caráter terapêutico às ações (POMPEIA e SAPIENZA, 2016).

## Resultados e discussão

Participaram do grupo, entre agosto de 2019 e março de 2020, 25 idosos. Abaixo fala de uma idosa, M., 76, que reverbera a metodologia por nós adotada no grupo:

"Caio, Rosa, no começo, que eu perdi "meu bebê" (filho de 56 anos), eu cheguei um lixo, aliás, nem lixo, porque lixo é reciclável e nem pra isso eu servia. Eu me sentia um zé ninguém…mas aí entrei no grupo vi cada coisa, senti cada coisa…ví aquela senhora maravilhosa, que perdeu dois filhos e está aqui...bem e aí eu disse: uau, como o senhor é poderoso...olha pra ela, M.!"

A aproximação, com a consequente identificação entre os idosos, os quais fomentados a falarem e agirem no grupo, fomentou eles se ouvirem, se conhecerem e se apoiarem instantaneamente à medida que ouviam o relato do colega.

Figura 1 - Idosa Dona I. (78 anos) e Idosa Dona A. (83 anos)

Ao ouvir o outro, iam atribuindo outras tonalidades à própria dor, passando a refletir e ressignificá-la mediante a escuta da história do outro idoso, corroborando a relevância do método peer instruction, que diz da pertinência de quem sofre, ou é objeto do saber, ele mesmo ter uma fala a seu colega (MAZUR,2015).

A fala de M. representa muitos outros idosos que, ao adentrarem o grupo, sofridos, achando que sua dor é a maior de todas, deparam-se com dores afins

ISBN 978-65-86901-26-9

e grandiloquentes, de pessoas com perfis afins e, a partir de então, passam a repensar a própria dor e querer apoiar e acolher quem padece de maneira idêntica.

De sofridos a acolhedores. Isso é o que íamos assistindo em muito pouco tempo, em função do método empregado e de nossa dose de muito fomento à ação, aos idosos protagonizarem-se e tornarem-se agentes (TATOSSIAN, 2001) e não passivos. Enfoque total a sua autonomia e ação dentro do grupo. Fruto, sobretudo, de nossa concepção de curso de vida e de crença no humano, independente da idade.

Figura 2 – Idosa Dona O. (80 anos) e Idosa Dona M. (76 anos)

Juntos, de mãos dadas, simbólica e faticamente, iam, portanto, olhando para a dor do colega, para sua própria dor,refletindo sobre a mesma...

Fruto da horizontalidade vivida no grupo, o mesmo era feito a várias mãos. De maneira horizontal e empoderadora, cujos idosos iam protagonizando-se no grupo.

"Cheguei tão sofrido e em tão pouco tempo já me vi acolhendo outros irmãos. Quando dão liberdade pra gente e estimulam é outra coisa." - Seu V., 78.

"Dona E., eu entendo totalmente o choro da senhora que perdeu seu filho. Entendo porque cheguei pro grupo assim também. No meu caso eu não perdi um, eu perdi dois filhos. Tô aqui. Tô tão bem. E, Dona E., saiba...a senhora não está sozinha. Tem a gente!"

ISBN 978-65-86901-26-9

Os circunstantes iam se aproximando e se fortalecendo cada vez mais, não impedindo que outros membros, igualmente sofredores, também adentrassem e fossem assaz acolhidos, tal qual Dona E. fora acolhida pela mãe enlutada, Dona A.

A aproximação entre os idosos foi sendo cada vez mais constante que eles mesmos faziam muita questão de voltar ao grupo e ouvirmos falas deles mesmos como essa da idosa M.:

"Caio. Rosa, eu não conseguia viver mais sem o grupo. Eu contava os dias para chegar quarta-feira para estar não com o grupo e, sim, com minha FAMÍLIA! Foi isso que se tornou o grupo para mim: minha GRANDE FAMÍLIA!"

Fala da idosa M., 76., reverberando a consequência do método empregado que visava empoderar, aproximar os idosos, notadamente suas dores afins e, com o tempo, dado enfoque a esse método eles irem se aproximando de tal modo que, aqueles, tal qual a referida idosa, que não possuía ninguém com quem pudesse contar, ao lado de condições sociais, financeiras e habitacionais excessivamente precárias puderam contar não só com profissionais e com alguns idosos e, sim, com uma unidade que ela não tinha e foi e é extremamente importante à ela. Um apoio. Um alento que permitiu ela conseguir ir caminhando. Uma rede de apoio emaranhada de muitas pessoas (nós) e relações (conexões). Uma FAMÍLIA!

A rede pode ser definida como um "sistema de nodos e elos, uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede" (Marteleto, 2001). Para os idosos, explicamos o conceito de rede fazendo analogia a uma teia de aranha ou também a uma rede de pesca, enfatizando a presença das conexões e dos nós, ou seja, dos membros da rede e das ligações entre esses membros.

Castells (2003) define rede como um "conjunto de nós interconectados, capazes de expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação como por exemplo, valores ou objetivos de desempenho".

A rede de apoio de uma pessoa é composta por pessoas, instituições e tudo aquilo que pode ajudar esta pessoa de várias formas, como um ombro amigo, uma ajuda financeira, uma ajuda para realizar tarefas, acompanhar em algum lugar, visitar, dar conselhos, partilhar sentimento.

Podemos pensar em rede como uma grande teia de aranha, feita de muitos fios, que seriam as ligações que temos com as pessoas. Os fios são conectados por nós, por exemplo, como em uma rede de pescaria. Então, as pessoas seriam os nós e os fios seriam as conexões, as ligações e as relações que temos com cada um. O mais interessante na rede é que ela liga pessoas próximas e também pessoas distantes, ou seja, a rede forma uma unidade, a partir das conexões estabelecidas.

Com relação às redes sociais de idosos, podem ser consideradas quatro categorias de apoio ou transferências: 1) apoio material, que implica em fluxo de recursos financeiros e não financeiros (alimentação, vestuário, habitação, pagamento de serviços etc); 2) apoio instrumental, como o transporte, auxílio com tarefas domésticas e cuidados em geral; 3) apoio emocional, por meios de manifestações de afeto, confiança, empatia, sentimentos associados à família e preocupação com os outros. Eles podem assumir diferentes formas, tais como visitas regulares, transmissão física de afeto, escuta etc.; e 4) apoio cognitivo, referente à troca de experiências, transmissão de informações, conselhos, atividades educativas etc (Guzmán, Huenchuan e Oca, 2003).

O grupo consistiu em uma oportunidade para tornar visível a rede de apoio de cada um dos idosos, considerando-se que em geral, os idosos não identificam os membros potenciais de sua rede, a saber seus familiares, amigos, vizinhos, membros da igreja, comerciantes do bairro, profissionais dos serviços de saúde e assistência social, bem como todos os órgãos governamentais.

Foi nesta oportunidade que os idosos perceberam-se não mais sozinhos e sim amparados por membros já pertencentes à sua rede, mas principalmente reconheceram-se amparados por cada um dos membros do grupo, constituindo a GRANDE FAMÍLIA!

Deste modo, cada idoso visualizou-se como membro da rede de cada um de seus pares, assim como os profissionais também compuseram a rede de cada um, auxiliando-se na assistência às suas necessidades, corroborando a fala abaixo:

"Eu me lembro uma vez que minha mãezinha não estava se alimentando quase nada, e quando saímos do grupo, Dona O. (participante do grupo) falou que conseguiu fazer minha mãe, a Dona Ag. comer e aí eu percebi como o grupo se apoiava. Um doa a vida pro outro, aí vem a origem da palavra família. Família é isso, um cuida do outro. E isso que vejo em plena pandemia: eles se ligam todo dia. Cuidam um do outro. Entendem-se" - Seu J.

A fala do filho da idosa Ag. corrobora claramente o que MAZUR (2015) preconiza quanto a metodologia ativa peer instruction, cuja fala da pessoa que passa pela mesma situação que a outra tem grande significado e envergadura a essa última.

Assim, o trabalho terapêutico encontra muito mais ressonância na figura dos "seus iguais", dos pares, tal qual aconteceu entre essas idosas e aconteceu à mancheias no grupo como resultado do método empregado de aproximação dos idosos e fomento a atuação dos mesmos no grupo, cujos idosos ouviam a dor do outro, sensibilizavam-se e davam a mão e emprestavam o ouvido um ao outro. Empoderavam-se mutuamente!

Sobretudo, protagonizando-se! Aproximando-se cada vez mais de si, tal nossa concepção de empoderamento sendo experienciada pelos idosos, a qual já preconizada por TADDEO et al. (2012): "empoderamento é o domínio das próprias capacidades".

Ou seja, nosso foco era essa aproximação entre eles a fim de que pudessem se ver e se apoiar, pois eles é quem experienciavam a dor. Assim, o objetivo primeiro foi essa rede fomentada entre eles, contudo, rede a fim de que pudessem, amparados olhar para sua dor e enfrentá-la. Olhar para seu luto e encará-lo; visto que agora não mais sozinhos.

Eliminar, arrancar um filho que viveu por mais de 55 anos com uma mãe e/ou um cônjuge que viveu por mais de 52 anos, isso, acima de tudo seria desumano. Além de impossível (FREITAS e CREMASCO, 2015).

Desse modo, o trabalho de luto realizado no grupo foi, conforme a idosa Dona I., 78, muito bem definiu: "costura". Costurar as dores de um, conforme o idoso Seu D. dissse:

> "coração em frangalhos; coração despedaçado".

Ou, como FREITAS (2018) diz: ressignficar.

Através da ludicidade, rede, empoderamento, naturalização e descontração, ir conferindo outros tons, outras cores e signficados à relação com aquele que se foi, mas que deixou muitas e muitas marcas; deixou um mundo.

O mundo ficou e é por ele que o idoso sente inúmeros sentimentos. É esse mundo que pedia atenção e resignificação. Sozinho, o trabalho seria muito difícil, por isso, a rede, a irmandade construída entre eles foi um grande aliado nesse enfrentamento.

Além do acolhimento por nós realizado desde o início, desde o cuidado ao encaminhamento do idoso com os profissionais, à ligação ao idoso, escuta

inicial, preparo da sala às falas já no grupo e posturas de validação e aceitação e oferta de guarida (POMPEIA e SAPIENZA, 2016) àquele sentimento do idoso.

Conforme o idoso, Seu D., 77,

> "a morte despedaçou nosso coração. Estava escondida e veio como um tsunami. Saiu do centro e fez um estrago só…ninguém sabia quem era, qual a cara".

O que era marginalizada (KÜBLER-ROSS, 1985) veio ao centro, tal qual o idoso apregoou. Era tabu, não se podia e não se pode falar sobre e, desse modo, quando aparece, todos ficam desnorteados, faz estrago, tal qual o idoso preconizou.

Assim, antes de pensar a resignificação, fazia-se míster, bem como compõe o trabalho de luto, a compreensão e abrandamento desses sentimentos definidos pelo idoso como tsunami.

Ou seja, fez-se e faz-se mister o acolhimento da morte, pois, sempre marginalizada e tabu na sociedade e, sobretudo dos sentimentos que os idosos experienciavam.

Daí nosso trabalho, desde o início, o qual perpassou todos momentos do grupo de acolhimento e naturalização de todos sentimentos que os idosos experienciavam. Mostrando o quão natural, normal e até esperado seria um idoso que conviveu por mais de cinquenta anos ao lado de sua cônjuge sentir o seu falecimento, seja através do choro, pesar, raiva, saudade, entre outros sentimentos. Mostrávamos que não normal seria não sentir nada, por exemplo mães enlutadas que perderam dois filhos.

Desse modo, envolvíamos a atmosfera do grupo com muito acolhimento, o que, segundo POMPEIA e SAPIENZA (2016) se dá através do aceitar e dar guarida. Naturalizando todos sentimentos que os idosos traziam.

"O Caio sabe como eu cheguei. Mas, nossa, eu saí tão aliviada no primeiro dia, na primeira conversa. Poxa…" -Dona H.

"A gente nunca vai esquecer do que vocês fizeram pra gente, Caio e Rosa. Não há dinheiro no mundo que pague. Estiveram com a gente quando mais precisamos. E saíamos, desde o início tão tranquilos, tão seguros." - Seu V., 78.

Assim, a atmosfera de acolhimento e aconchego era ofertada ao idoso a fim de que pudesse ir aproximando-se de outros idosos com iguais dores, estendendo sua rede de apoio, refletindo sobre sua história para que, junto aos demais e, sobretudo, em posse de suas potências (dávamos grande enfoque a

isso), pudesse olhar diretamente à sua dor. Olhar já iniciado na conversa inicial e nas trocas com os colegas, mas que avançou fortemente após estar acolhido, de mãos dadas, simbólica e faticamente, a outros idosos.

Seguro e junto aos colegas, à "FAMÍLIA", à "GRANDE FAMÍLIA", pôde tecer olhares ao mundo construido com o parente que ficou. Ficou e continuará ali. Não será extirpado e não sairá dali mediante qualquer intervenção. Contudo, é possível resignificar, atribuir outros significados e tonalidades ao mesmo (FREITAS, 2014).

E radicamos nosso trabalho em torno desse pensamento. Como a Dona I. preconizou:

> "Caio, meu filho, nossos corações, como Seu D. diz, tava em frangalhos, despedaçado e aí fomos costurando no grupo com nossa família, de mãos dadas" - Dona I., 78.

De mãos e corações dados, junto à ludicidade, empoderamento, desabafos, psicodramas, colcha de retalhos cujos idosos fizeram, mediante fotos que trouxeram dos entes que se foram, bem como situações com eles experienciadas e fotos da grande família foram permitindo eles irem olhando, (re)olhando para esse mundo que ficou e que pede um outro olhar.

Igualmente, eles se incluírem na relação com esse outro que faleceu permitiu conferirem outra cor à essa relação a esse mundo que se foi. Seu D. foi enfático ao dizer:

> "Por mais de cinco décadas não existia o Seu D.! Era apenas o marido da Dona E.! Eu não era a pessoa mais importante... Hoje, com o grupo, com nossa família, eu posso dizer que o Seu D. está voltando. Hoje sou o Seu D….estou melhor…".
>
> "Gente! Puxa, estamos chocados ao ver que a gente abria mão da gente por tantos anos. Só ficamos voltados ao outro...e fico me perguntando: como amar o outro sem nos amar? Poxa, está doendo ver meu marido, que convivi por mais de 50 anos com ele. Mas agora, Caio,
>
> Rosa, vocês fizeram eu ver que eu abri mão de mim por tantos anos…"- Dona H.

Após esse mo(vi)mento que construiu-se notadamente, tal qual Dona I. afirmou, de mãos dadas, ou seja, entre eles e nós, e sobretudo de maneira lúdica e empoderadora, constatamos outro resultado expresso na fala dos idosos:

> "É, Dona H., entendo totalmente a senhora pelo seguinte: por mais de cinco décadas não existia aqui o Seu D.! Era o marido da Dona E.! Eu não era a pessoa mais importante... Hoje, com o grupo, com nossa família, eu posso dizer que o Seu D. está voltando. Hoje sou o Seu D….estou melhor…"- Seu D.

Assim, a relação por FREITAS (2013) descrita enquanto "eu-tu", foi também sendo resignificado mediante a inclusão do eu na relação, cujos idosos, por exemplo através dessas duas falas, viviam exclusivamente um lado da relação, o "tu", preterindo o "eu". Preterindo-se. Vivendo o estereótipo de muitos idosos, que vivem para o outro, seja o neto, filho, casa, dentre outros tantos entes que não ele mesmo.

Logo, o trabalho de empoderamento, enquanto domínio das próprias capacidades (TADDEO et al, 2012) faz e fez sentido, porquanto, concretamente, através dessas provocações de "onde estava a pessoa mais importante", no caso cada idoso, foi fazendo sentido, pois trazendo cada qual, que ficou perdido ao longo de muitos anos, apenas vivendo-se para o outro, o "tu". "Tu" esse que faleceu, cujo idoso estava assaz imiscuído, fazendo sentido a fala da mesma Dona H.:

> "Gente. Meu marido amado foi e parece que levou pedaços de mim".

Assim, trabalhar esse que se viu preterido na relação, cada "eu", o que brilha os olhos, o que faz do "eu", "eu", quais sonhos, permitiu ir conferindo outras tonalidades a essa relação, corroborada pela fala do Seu D., dizendo que hoje voltou a ser o Seu D. e não apenas o marido da Dona E.

Desse modo, trabalhar o luto significou olhar para a relação e, conforme a idosa M. preconizava, dizer: "e ai?!". Lançar olhares e empreender olhares. Sobretudo falar sobre esse mundo que ficou. O ente querido foi, mas o mundo ficou. É a esse mundo que devemos lançar olhares. Determo-nos. Falar. Olhar, compartilhar, provocar a fim de ressignificar.

Em posse de um sensivel e sólido acolhimento e de mãos dados, com uma nova família, trabalhando, portanto o mundo que está latejando e pede mais um olhar. Outro olhar.

Crentes que, independente da idade e da condição, sim é possível granjear resultados, cujos idosos do extremo leste corroboram isso. Destacando, ainda, além do vultoso resultado da formação de uma "família", uma "grande família", noção pelos idosos mesmo cunhada e vivida, a criação de outro grupor de luto

pelo idoso, Seu V., 78 em outra localidade da zona leste de São Paulo, bem como a idosa, M., 76, acolhendo enlutados pelo COVID em plena pandemia.

## Considerações finais

A morte é marginalizada e é um tabu no Ocidente. Esse grupo de luto realizado com idosos enlutados do extremo leste de São Paulo mostra que, quando a encaramos, de maneira sensível e crentes na pessoa humana, não só conseguimos conferir outras tonalidades aos efeitos que a tão temida morte causa, como conseguimos encontrar um lugar àquela pessoa tão importante, mas tantas vezes esquecida e preterida ao longo dos tempos: nós mesmos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

Amaral R. Gentecistas: médicos que cuidam de gente. In: Amaral, R. 70 que você consegue transformar conhecimento em comportamento. Editora Polo Books. São Paulo. 202

Barbosa C. G., Melchiori L. E., Neme C. M. B. Morte, família e a compreensão fenomenológica: revisão sistemática de literatura. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 363-377, dez. 2011

Castells M. A sociedade em rede. 7ª. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003

Freire, P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005

Freitas J. L., Cremasco M. V. F. Mães em luto: a dor e suas repercussões existenciais e analíticas. Curitiba. Juruá. 2015

Freitas J. L. Luto e fenomenologia: uma proposta compreensiva. Revista de Abordagem Gestáltica. Phenomenological Studies. XIX (I): 97-105, jan-jul., 2013

Freitas, J. de L. (2018). Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. Psicologia USP, 29(1), 50-57.

Freitas J. L.; Michel L. H. F. A maior dor do mundo: o luto materno em uma perspectiva fenomenológica. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 19, n. 2, p. 273-283, abr./jun. 2014

Guzmán JM, Huenchuan S, Oca VM. Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. Notas de Población. 2003 dec; 77:35-70.

Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes; 1985.

Mattar, J. Metodologias ativas para a educação presencial, blended e a distância. São Paulo: Artesanato Educacional, 2017

Marteleto RM. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. Ci. Inf., Brasília. 2001 jan-abr; 30(1): 71-81.

Mazur, E. Peer Instruction: a revolução da aprendizagem ativa. Porto Alegre. Penso: 2015

Michel L. H. F., Freitas J. L., A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. Psicologia USP, 2019, volume 30, e180185

Neri A.L.. Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas, SP, Editora Papirus, 1995.

Parkes, C.M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. Trad.: Maria Helena Franco Bromberg. – São Paulo: Summus, 1998.

Pompeia J. A., Sapienza B. T. Os dois nascimentos do homem. Escritos sobre terapia e educação na era da técnica. Editora Viaverita. 2016

Rogers, Carl R. Tornar-se Pessoa. 5 a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

Taddeo P. S., Gomes K. W. L., Caprara A., Gomes A. M. A., Oliveira G. C., Moreira T.M.M.. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(11):2923-2930.

Tatossian, A. (2001). Cultura e psicopatologia: um ponto de vista fenomenológico. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 4(3), 137-144. doi: 10.1590/1415-47142001003013

# ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DOS LAÇOS ENTRE PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS E SUAS FAMÍLIAS

Eleusy Natália Miguel[1]
Adriana Cristina Firmino[2]
Simone Caldas Tavares Mafra[3]

**Resumo:** Todo idoso traz consigo sua trajetória histórica, o que o torna singular, sendo a família um componente preponderante na formação desse indivíduo. Sob esse viés, o projeto de denominado "Família presente: Fortalecendo laços de pessoas idosas institucionalizadas" foi desenvolvido para incentivar o contato do idoso com seus familiares, visando o fortalecimento de vínculos afetivos com as pessoas idosas internalizadas na ILPI (Instituição de Longa Permanência) intitulada "Lar dos Velhinhos" da cidade de Viçosa (MG). Assim, o presente artigo é caracterizado como descritivo e exploratório, pois conta com a observação direta e participativa (execução) e com a análise de conteúdo (discussão dos resultados), a fim de suscitar pontos positivos e pontos frágeis da referida ação. Dessa maneira, conclui-se que as estratégias propostas conseguiram fortalecer o vínculo entre os idosos e seus familiares, resgatando, portanto, laços de afetividade. Acredita-se que essa iniciativa serve como instrumento de referência para o poder público, podendo subsidiar políticas públicas e desenvolvimento de ações efetivas para valorização dos idosos, para que os mesmos tenham qualidade de vida, vida social ativa e suporte afetivo/emocional de familiares.

**Palavras-chave:** envelhecimento, idoso, institucionalização, vínculos familiares, laços afetivos.

---

1 Doutoranda em Economia Doméstica, Economista Domestica e Arquiteta Urbanista pela UFV – Universidade Federal de Viçosa e Assistente Social pela Universidade de Franca – UNIFRAN, eleusy.arq@gmail.com.

2 Mestre em Economia Doméstica pela UFV – Universidade Federal de Viçosa e Assistente Social pela UNIVIÇOSA – Viçosa MG, adrianafirmino90@yahoo.com.br.

3 Profa. Dra. No departamento Economia Doméstica pela UFV – Universidade Federal de Viçosa, sctmafra@ufv.br.

## Introdução

A representação social de uma boa velhice é constituída pelas seguintes dimensões: econômica, familiar e comportamental, relacionando-se, portanto, às condições financeiras que proporcionem qualidade de vida, apoio familiar, cuidado de saúde e manutenção de relacionamentos durante o processo de envelhecimento (BRITO *et al*., 2017).

Nesse contexto, destaca-se o papel da família, esta que é, primordialmente, detentora dos cuidados com seus idosos. Contudo, quando esta família não consegue mais arcar com este cuidado, por diversos motivos como, por exemplo, escassez de recursos financeiros, redução do número de integrantes dentro da família, cuidados especializados em razão de alguma patologia, e até mesmo devido aos novos formatos familiares, não há alternativa para a família a não ser recorrer à institucionalização do membro familiar idoso.

Vale ressaltar que a institucionalização não exclui a família do convívio do seu idoso. Inclusive, é de suma importância esse laço familiar e afetivo, que deve ser preservado como um direito da pessoa idosa, principalmente em prol da saúde emocional desse idoso.

Parte-se da premissa que todo idoso traz consigo sua trajetória histórica, o que o torna singular, sendo a família um componente preponderante na formação desta pessoa. Destaca-se, assim, a relevância da implementação do projeto de denominado "Família presente: Fortalecendo laços de pessoas idosas institucionalizadas", que visa incentivar o contato do idoso com seus familiares.

Nessa perspectiva, objetiva-se instrumentalizar as ações deste projeto para favorecer ao fortalecimento dos vínculos familiares com as pessoas idosas internalizadas na ILPI (Instituição de Longa Permanência) intitulada "Lar dos Velhinhos". Para isso, pretende-se intermediar encontros dos idosos com seus respectivos familiares; desenvolver atividades que propiciem bem-estar e relação de afeto entre os idosos institucionalizados; implementar atividades que propiciem de fortalecimento de vínculo entre os idosos e seus familiares, resgatando assim laços de afetividade. Utiliza-se como campo de estudo o Serviço Social, uma vez que esta área está alinhada diretamente a esta circunstância, possibilitando a criação de programas de fortalecimento de vínculos e outros serviços de convivência, com a finalidade de resgatar e fortalecer laços fundamentais para o idoso internalizado.

Diante do exposto, neste estudo, podem ser destacados os cuidados necessários que envolvem os idosos, público que vem crescendo aceleradamente e,

ISBN 978-65-86901-26-9

portanto, necessita de atenção e de informações sobre essa faixa etária. Para tanto, o referido projeto de intervenção foi desenvolvido na ILPI intitulada "Lar dos Velhinhos" da cidade de Viçosa, localizada na Zona da Mata mineira. Trata-se de uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, de caráter assistencial, que tem por propósito abrigar idosos desamparados.

Assim, espera-se servir como instrumento de referência para o poder público, no intuito de oferecer subsídios para a implementação de políticas públicas e para o desenvolvimento de ações efetivas que valorizem os idosos, para que os mesmos tenham qualidade de vida, suporte social ativo e vínculo afetivo/emocional com seus familiares.

## Desenvolvimento

### População idosa brasileira - cenário atual

O envelhecimento da população é uma resposta à transformação de alguns indicadores de saúde, principalmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006). Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais tem aumentado mais rapidamente do que as outras faixas etárias. Até 2025, espera-se que o mundo tenha uma percentagem de 22,3% de idosos, que corresponderá a um índice em torno de 696 milhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo a maioria residente em países em desenvolvimento (GONTIJO, 2005).

Considera-se que essa mudança seja significativa na estrutura social, gerando reflexões sobre o envelhecimento sob diversos aspectos. Observa-se que discussões sobre o envelhecimento ganharam espaço na academia, na política e nos meios de comunicação, trazendo o tema para o cotidiano das pessoas.

Diante desse cenário, destaca-se que esse crescimento acelerado (da população acima dos 60 anos) implica em readaptações no âmbito familiar e privado, além de indicar a necessidade de políticas públicas de seguridade social, trabalho, emprego, educação, sustentabilidade do meio ambiente, mobilidade urbana, acessibilidade, ações intergeracionais e pluriculturais, para homens e mulheres, de diferentes etnias e condições sociais.

Alves e Vianna (2010) garantem que não existem programas e projetos concretos, dentro de uma política de Estado, voltada aos idosos, e/ou a aproximação desses com outras gerações. Esses autores entendem que a educação

ISBN 978-65-86901-26-9

denominada por eles como "gerontológica" deve integrar políticas públicas, desde currículos escolares até o trabalho socialmente desenvolvido de forma transversal pelo governo, sugerindo que o relacionamento com idosos, em casa, na comunidade e na sociedade contribui para que esses indivíduos possam envelhecer com mais qualidade de vida.

Do mesmo modo, tornam-se necessárias reflexões sobre as ações e políticas públicas que atendam os idosos. É preciso, portanto, atentar para a transformação que a sociedade vive em relação à longevidade, considerando a velhice como uma preocupação de ordem social.

## Direitos Constitucionais – realidade do idoso

De acordo com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), que visa garantir os direitos à pessoa idosa (idade igual ou superior a 60 anos), existem direitos e lei que protegem o idoso, bem como preservam sua saúde física, mental, moral, intelectual, espiritual e social.

São direitos das pessoas idosas:

> I – Direito de envelhecer
>
> – Liberdade, respeito e dignidade III – Alimentos
>
> IV – Saúde
>
> V – Educação, cultura, esporte e lazer
>
> VI – Exercício da atividade profissional e aposentar-se com dignidade
>
> VII – Moradia digna VIII – Transporte
>
> IX – Política de atendimento por ações governamentais e não governamentais X – Atendimento preferencial
>
> XI – Acesso à justiça (BRASIL, 2019).

Conforme os Princípios e Diretrizes da Política Nacional do Idoso, Rulli Neto (2003, p. 103-104) explica que:

> a Política Nacional do Idoso tem como princípios: (a) direito à cidadania – a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania; (b) garantia da participação do idoso na comunidade; (c) defesa da dignidade; (d) direito ao bem-estar; (e) direito à vida; (f) dar conhecimento e informação a todos de que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral. Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso a: (a) viabilização de formas alternativas de

> participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; (b) participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; (c) priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; (d) descentralização político-administrativa; (e) capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; (f) implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; (g) estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; (h) priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; (i) apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

É válido esclarecer que, diversamente a outros grupos vulneráveis, como o das pessoas com deficiência, o grupo de idosos ainda não possui um instrumento jurídico internacional, de caráter vinculante, para a defesa de seus direitos humanos. De qualquer modo, não se pode olvidar que o Estatuto reconhece o acesso das pessoas com 60 anos ou mais o pleno gozo de seus direitos, assegurando o respeito e a preservação de sua dignidade.

Mesmo com esse amparo, além da aprovação do Estatuto (ocorrida há 15 anos), ainda é latente a necessidade de aprimoramento e efetividade em muitos de seus campos.

A Lei 13.466/17 alterou os artigos 3º,15 e 71 da Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, estabelecendo prioridade especial para indivíduos com mais de 80 anos.

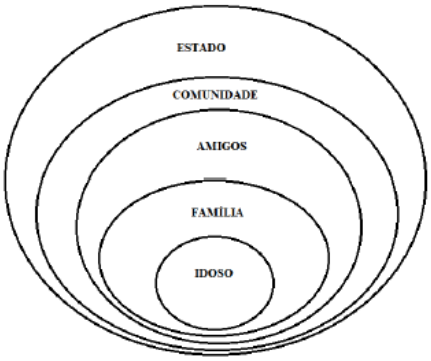
O Estatuto do Idoso constitui um grande avanço da legislação brasileira, e, mesmo com todas as falhas, existe intensa participação das entidades de defesa dos interesses dos idosos. O referido texto aborda os mais variados aspectos, tratando direitos fundamentais e até o estabelecimento de penas para os crimes cometidos contra esses indivíduos (BRASIL, 2007).

Sousa (2004) concorda que, além do engajamento de determinados órgãos públicos, os idosos precisam ser reconhecidos pessoalmente e socialmente. E, para proporcionar uma melhor convivência entre os seus membros, a família deve estruturar-se, assumindo o seu novo papel em relação à tutela

jurídica e ao amparo dos idosos. "O papel essencial da família, no cenário social brasileiro está ligado à proteção, afetividade, alimentação, habitação, cuidados e acompanhamento médico, respeito e companheirismo" (CIELO; VAZ, 2009, p. 36).

Com relação aos deveres de amparo, sabe-se que a família é a principal detentora do cuidado com o idoso; quando ocorre impossibilidade do grupo familiar, os amigos e os vizinhos mais próximos são a segunda opção. Não existem programas formais direcionados aos cuidados e à assistência ao idoso vindos do Estado. Sendo assim, na ausência da família e dos amigos para amparar o idoso, a institucionalização se torna a única alternativa (MIGUEL *et al.*, 2016), conforme ilustrado na figura abaixo.

Figura 1: Tipos de Fontes de Apoio aos Idosos Existentes na Sociedade.




Fonte: MIGUEL *et al.* (2016).

Vale ressaltar que o envelhecimento não expropria, ou não deveria expropriar, do cidadão seus direitos constitucionais como saúde, moradia, etc. Entretanto, a realidade do idoso carente não é esta. Muitas vezes sem condições financeiras, baixa escolaridade e poucos familiares, a pessoa idosa fica numa situação de abandono e sujeito ao risco social, também em razão de se encontrar em vulnerabilidade social.

As alternativas de moradia para a pessoa idosa também estão explicitadas no Estatuto do Idoso, no Capítulo IX, no art. 37 e no art. 38 que dispõem:

> Art. 37. O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

> 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.
>
> 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

Nessa perspectiva, o processo de cuidar de uma pessoa idosa deve ser encarado, pela família, como um dever moral ou papel social devido aos laços afetivos. Contudo, sabe-se que, devido a dificuldades econômicas e deficiências das políticas sociais, muito idosos não recebem a ajuda necessária da família, e nem apoio suficiente do Estado, sendo muitos deixados em situação de desamparo.

## A importância do relacionamento afetivo entre idoso e sua família

Segundo Santos (2002), os idosos tendem a mostrar primeiro o lado negativo de suas vidas, demonstrando assim que precisam da atenção de terceiros (familiares e amigos). "Para a grande maioria, a família, em particular os filhos, constitui a primeira fonte de suporte em todas as áreas" (GUERRA; CALDAS, 2010).

Oliveira e Rozendo (2014, p. 774) corroboram que

> a idade traz consigo alterações que podem afetar diretamente a saúde dos idosos, comprometendo a capacidade física e mental do indivíduo em desempenhar determinadas atividades de vida diária. Estas alterações podem tornar os idosos incapazes de cuidarem de si, levando-os a necessitar de ajuda e cuidados, principalmente dos familiares.

De acordo com Argimon e Vitola (2009), os idosos que mantém contato com amigos e familiares vivem mais do que aqueles que não usufruem desse tipo de relação. Nesse sentido, é primordial que a família e os amigos proporcionem alternativas para estimular o contato social, ampliando essa interação em prol da qualidade de vida dos idosos.

Aerosa *et al*. (2012) atestam que tal conexão promove bem-estar e auxilia na adaptação dessa fase, permeada por mudanças significativas: "as amizades aparecem também fortes dentro do núcleo familiar, este ampliado além

de cônjuges e filhos a outros parentes e vizinhos e são fontes de satisfação e autoestima para o idoso".

Viana (2019) reflete sobre o abandono e a perda dos vínculos familiares com os idosos, sobretudo com aqueles institucionalizados em uma ILPI, na tentativa de compreender em que momento e por quais razões ocorre a quebra dessa relação. Segundo a autora, qualquer estrutura familiar incita a necessidade de se manterem os vínculos afetivos entre seus membros e os idosos, mesmo no caso de haver institucionalização em uma ILPI, pois os familiares devem estar sempre em contato com o idoso, reforçando os vínculos afetivos.

A importância do relacionamento afetivo entre o idoso e a sua família também é destacada por Mazo (2001), considerando-se que um idoso esquecido ou com tratamento inadequado advém de uma não adaptação desse idoso à família, devido a conflitos de gerações, divergências de comportamento, limitações financeiras, entre outras possibilidades.

Diante do exposto, algumas estratégias podem ser usadas para manter o idoso no convívio em sociedade: o trabalho, a realização de atividades, a participação em atendimentos grupais, ou seja, ações que permitem troca de carinho, experiências, ideias, sentimentos, conhecimentos e dúvidas. Dessa forma, acredita-se estar contribuindo de forma significativa para a qualidade de vida dos idosos, através do engajamento social (AEROSA *et al.*, 2012). Viana (2019, p. 6) também reforça que "a presença constante das pessoas que compõem seus círculos familiar e social afasta o sentimento e solidão por parte do idoso e contribui para que ele evite o isolamento e, assim, tenha uma adaptação amena à instituição". Nessa perspectiva, a afetividade é considerada o combustível para o enfrentamento de novos desafios.

As questões afetivas e culturais de convivência do idoso e de sua família também se colocam como fator importante no favorecimento de um envelhecimento bem-sucedido e com saúde física e mental, pois o indivíduo é um ser gregário, social. É nesse sentido que a família se configura como primeira referência de vida, pois é no seu habitat que esse indivíduo se reconhece como pessoa pertencente a uma sociedade. Sendo assim, a relação família e idoso é benéfica e necessária, independente da forma de morar deste idoso.

Vale ressaltar que, mesmo que a instituição não constitua um verdadeiro lar para o idoso, possível que nesse espaço se compartilhem sentimentos e afetividades, propiciando ao idoso o aprendizado e o desenvolvimento de atividades educativas e de recreação, com o intuito de ajudá-lo a melhorar sua qualidade de vida e promover a sua saúde. Tal estabelecimento pode conduzir

ações de promoção, de proteção e de reabilitação da saúde dos idosos, a partir de uma acolhida atenciosa, que valorize a função de socialização entre os sujeitos e se encarrega de produzir "cuidados, afetividade, construção de identidades e de vínculos relacionais de pertencimento e ainda promove uma melhor qualidade de vida para o idoso" (CARVALHO, 2003, p. 15).

Reitera-se que a qualidade de vida dos idosos institucionalizados depende, também, do convívio junto às pessoas que lhes são próximas, como familiares e amigos.

## Institucionalização

Oliveira e Rozendo (2014) explicam que a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) cresceu significativamente em decorrência do aumento do número de idosos e da longevidade da população.

Como definição, tem-se que as 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. No Brasil, existem 3.548 dessas instituições, nas quais moram 83.870 idosos. Estas são encontradas em 28,8% dos municípios brasileiros (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014, p. 774).

As ILPIs apresentam condutas e comportamentos próprios, possuindo aspectos singulares e determinantes, baseados em normas institucionais vigentes e práticas advindas de costumes institucionalizados. As atividades realizadas nessas instituições ocorrem em um mesmo ambiente e sob uma única autoridade, havendo uma rotina praticamente igual para todos (BRASIL, 2010).

Neste estudo, adota-se o significado da ILPI que consiste essencialmente em um lugar onde os idosos podem ser cuidados, ao implicar a guarda e a garantia de sobrevivência dessas pessoas, cumprindo o atendimento de suas necessidades básicas; o acesso a serviços e recursos de saúde; e a possibilidade de envelhecer e morrer.

É válido ressalvar que a institucionalização não deve romper com os laços familiares e tão relevantes para um envelhecimento saudável. Portanto, iniciativas de fortalecimento de vínculos devem ser incentivadas e implementadas para que esta relação seja preservada, ou mesmo resgatada.

ISBN 978-65-86901-26-9

O engajamento em atividades pode ser favorecido pela disponibilidade de tempo livre (comum na velhice), pelo desejo de executar planos pessoais e, ou, atividades prazerosas, aproveitando oportunidades que antes poderiam não ser possíveis. Portanto, projetar o futuro pode ser fundamental para garantir a satisfação pessoal e a qualidade de vida na Terceira Idade (MOURA; SOUZA, 2012).

Silva *et al.* (2016) destacam a dança e a música como as atividades preferidas pelos idosos. Tais atividades seriam fundamentais para promoção à saúde, com vista na melhoria da qualidade de vida. Da mesma forma, citam-se os trabalhos manuais que podem ser realizados na instituição, como, por exemplo, o artesanato e o bordado, que assumem uma função terapêutica, além de ser uma distração. "A maioria dos idosos demonstrou compreender a importância das diversas atividades oferecidas na ILPI para melhorias em seu cotidiano, compreendendo as oficinas terapêuticas como uma estratégia para a qualidade de vida" (p. 78).

As oficinas terapêuticas também podem trazer benefícios físicos e sociais, com o foco na autonomia; eles se movimentam melhor, desenvolvem as capacidades motoras e cognitivas, além de oportunizar momentos de socialização.

Vale pontuar que a participação e a realização das atividades são relacionadas a um trabalho que resgata as habilidades adquiridas ao longo da vida, evidenciando assim o desejo de sua continuidade.

## Estratégias de intervenção em prol das relações afetivas dos idosos institucionalizados

A oferta de uma rotina de atividades auxilia na sensibilização do idoso para o autocuidado. Desse modo, várias estratégias podem ser adotadas: colônia de férias para idosos, viagens em grupo, visitas dos familiares. Adicionalmente, citam-se as rodas de conversas e o uso de comunicação em redes sociais (internet) (MOLINA *et al.*, 2011).

Moura e Veras (2017) salientam que algumas experiências internacionais podem se apresentar como possibilidades, ou fontes de inspiração. Os autores explicitam que, na China, existem centros de recreação que oferecem programas de saúde, jantares comunitários, jogos e várias modalidades esportivas. Na Escandinávia, há programas que procuram evidenciar a autoestima do idoso e sua inserção ou reinserção no mercado de trabalho. Já nos EUA, o governo

implementou a promoção de atividades como aulas, conferências, viagens de turismo, além de incentivar a participação voluntária de idosos em atividades comunitárias.

Os mesmos autores completam que, no Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), muitas iniciativas são oferecidas, com o intuito de promover a integralidade, vínculo e acolhimento no cuidado aos idosos. Da mesma forma, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em seu Plano de cuidado para idosos, propõe incentivos para promoção em saúde para idosos, tais como os centros de convivência (ANS, 2010).

> Tais centros podem proporcionar ao idoso motivo para sair regularmente e oportunidade de contato social (...). Podem estimular também a formação de uma rede de comunicação em torno do cuidado do idoso, construindo uma relação de confiança entre o idoso, seus 27 familiares e os profissionais da instituição. A existência de espaços coletivos para a troca de informações e experiências, bem como os contatos informais do dia a dia contribuem para aproximar os interlocutores. Na rede de cuidados, o lugar dos diversos atores precisa ser discutido e negociado permanentemente, pois as necessidades e possibilidades do idoso também mudam. Para tanto, os espaços de comunicação, como grupos reflexivos e rodas de conversa, reafirmam a importância da construção coletiva (idosos, cuidadores e profissionais) do cotidiano no espaço (MOURA; VERAS, 2017, p. 27).

Para Gomes *et al.* (2004), é fundamental que os idosos não percam o interesse pelas alegrias da vida, sendo igualmente importante que prossigam desenvolvendo tarefas físicas e intelectuais. Assim, a sociedade pode continuar a se beneficiar de sua eficiência. Os autores garantem que o lazer e as vivências corporais promovem um convívio social sadio, e, com a efetivação de algumas estratégias de participação em atividade de lazer, é possível assegurar uma ampla convivência social que permite envelhecer com saúde.

Citam-se algumas sugestões de atividades:

- Artes: recorte, colagem, pinturas e artesanato;
- Corpo e movimento: dança, jogos, brincadeira, caminhada e ginástica, cocção;
- Linguagem escrita e oral: contação de estórias e teatro;
- Cultura e datas comemorativas: música raiz, festa junina, páscoa e natal;

- Meio ambiente: plantio de árvores e mudas de flores, atividades na horta, trabalhando a importância dos recursos naturais (água) (GOMES *et al.*, 2004).

Nessa perspectiva, observa-se que qualquer tipo de atividade, mesmo as mais simples, como palavras cruzadas ou arte com massa de modelar, pode ser útil para exercitar a memória ou trabalhar a criatividade, respectivamente. Da mesma forma, há os exercícios musculares,

que podem ser realizados para manter a forma física, inclusive trabalhar a atividade cerebral. Em suma, podem ser propostas atividades que estimulem os sentidos, a memória e a inteligência.

## Metodologia

A fim de satisfazer os objetivos estabelecidos, pauta-se nas diretrizes do convívio e interação, assim como no desenvolvimento de atividades cognitivas, físico-motoras e atividades relacionadas à música e coral, realizadas em conjunto aos idosos e seus familiares.

As atividades implementadas foram elaboradas pela pesquisadora, com a supervisão da equipe da instituição, sendo direcionadas às pessoas idosas com o intuito de incentivar o envelhecimento ativo e saudável. Desenvolveu-se um roteiro de ações em consonância ao Lar dos Velhinhos e os familiares, resultando em um encontro mensal, previamente agendado entre os envolvidos. Algumas atividades foram desenvolvidas com temáticas, como festa junina, mês da família, mês do idoso, mês da primavera, etc.

É válido ressaltar que os dados coletados para confecção deste trabalho, são advindos de um percurso metodológico concernente dos seguintes instrumentos: pesquisa documental de fonte secundária, no CRAS Norte e da ILPI ambos da cidade de Viçosa (MG), e, observação direta ocorrida nas referidas atividades, junto aos idosos atendidos em diversos períodos durante os Estágios Curriculares I, II e III do curso de Serviço Social pela UNIFRAN, feitos pela autora Eleusy Miguel, sob a supervisão da coautora Adriana Firmino. Essa coleta de dados só foi possível pela parceria do CRAS Norte e o Lar dos Velhinhos, facilitando sobremaneira o acesso aos documentos e a interação com os idosos.

Portanto, o presente artigo possui caráter descritivo e exploratório, contando com a pesquisa bibliográfica e documental, a observação direta e

ISBN 978-65-86901-26-9

participativa para a execução, assim como a análise de conteúdo para discutir os resultados obtidos. Por fim, foi realizada uma avaliação do projeto após sua execução, apontando os pontos positivos e os pontos frágeis identificados no decorrer da execução.

## Resultados e discussão

A atividade desenvolvida com o grupo de convivência com idosos institucionalizados e familiares, no Lar dos Velhinhos, incluiu, inicialmente, uma reunião preliminar com os familiares, na qual foram selecionados os familiares mais próximos aos idosos para participar da ação.

Figura 2: Fachada da instituição.

Fonte: Arquivo pessoal da (2019).

Para a marcação dessa reunião, foi preciso realizar uma triagem dos membros familiares. Alguns desses já faziam visitas esporádicas, outros somente integravam o cadastro ou o relato dos idosos. Dessa forma, fizeram-se o contato e a oferta de datas possíveis para a concretização do encontro. Além disso, foi explicada a importância do evento para o fortalecimento e/ou regaste de vínculos afetivos dos idosos com seus familiares e responsáveis.

ISBN 978-65-86901-26-9

Lembrando que Aerosa *et al.* (2012), Argimon e Vitola (2009) e Mazo (2001) são alguns dos autores que destacam a importância de os idosos manterem contato com amigos e familiares, por meio de alternativas que estimulem o contato social, ampliando essa interação em prol da qualidade de vida dos idosos.

Dos 40 idosos institucionalizados, 15 contatos aceitaram participar, com confirmação de presença de pelo menos um familiar ou responsável pelo idoso.

O encontro aconteceu no dia 13 de abril de 2019, sábado, na parte da manhã, em razão da preferência dos familiares. Houve relatos de experiências familiares, lembranças de fatos importantes dos idosos junto a suas famílias. Esse acontecimento estimulou o cognitivo, a fala, o autoconhecimento, o bem-estar físico e emocional dos idosos, propiciando assim um saldo bastante positivo. Nesse evento, toda a equipe do Lar dos Velhinhos foi envolvida, que também percebeu a mudança positiva dos participantes idosos no decorrer da semana seguinte ao encontro.

Qualquer tipo de atividade, inclusive as mais simples, pode ser útil para exercitar a memória ou trabalhar a criatividade, entre outros benefícios. Há também os exercícios musculares, que podem ser realizados para manter a forma física, inclusive trabalhar a atividade cerebral (GOMES *et al.*, 2004).

Moura e Veras (2017) também postulam que as instituições podem promover a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos idosos, por meio do oferecimento de atividades que contribuam para que estes sejam menos afetados por doenças crônicas, além de prevenir incapacidade e recuperar a autonomia com programas de reabilitação.

Outros encontros previstos pelo projeto "Família Presente" ainda não aconteceram, em razão de escassez de recurso humano e financeiro. Contudo, deseja-se que a coordenação do Lar retome os encontros com motivos temáticos, como, por exemplo, o Natal.

Entre as atividades desenvolvidas, ou em iminência de serem desenvolvidas, constam os trabalhos cognitivos como forma de intervenção estratégica:

- Atividade com massinha caseira de cores primárias, amarelo, azul e vermelha;

Figura 3: Atividade com massinha caseira.

Fonte: CRAS Norte- Viçosa (MG): https://www.facebook.com/484287775002473/photos/a.621759384588644/15752881092357 62

- Atividade de pintura com guache livre;
- Atividade de pintura guache com modelos de flores e animais;
- Roda de conversa;
- Roda de viola;

Figura 4: Atividade roda de viola.

Fonte: CRAS Norte- Viçosa (MG): https://www.facebook.com/484287775002473/photos/a.621759384588644/15752881125690 95

- Confecção de cartão temático (amizade e carinho);
- Confecção de bandeirolas de Festa junina;
- Colagem com pedaços pequenos de revista com motivos festivos.

Gomes *et al.* (2004) garantem que o lazer e as vivências corporais promovem um convívio social sadio, e, com a efetivação de algumas estratégias de participação em atividade de lazer, é possível assegurar uma ampla convivência social que permite envelhecer com saúde. Esses autores também citam atividades similares, tais como: recorte, colagem, pinturas e artesanato; dança, jogos, brincadeira, caminhada e ginástica, cocção; contação de estórias e teatro; música raiz, festa junina, páscoa e natal; e até mesmo o plantio de árvores e mudas de flores, atividades na horta, trabalhando a importância dos recursos naturais (água).

Vale destacar que todas as atividades foram executadas depois do café da manhã, que é o horário com maior adesão de participantes.

Segundo Viana (2019), quaisquer vínculos afetivos entre os membros familiares e os idosos, mesmo no caso de haver institucionalização em uma ILPI, podem contribuir para o aumento da expectativa e qualidade de vida dessas pessoas.

Além disso, as estratégias adotadas podem ser usadas para manter o idoso no convívio em sociedade, pois constituem ações que permitem troca de carinho, experiências, sentimentos, ideias, conhecimentos e dúvidas (AEROSA *et al.*, 2012).

As atividades propostas no projeto de intervenção proporcionaram o aprendizado e o desenvolvimento de atividades educativas e de recreação para os idosos participantes. Vale atestar que esse trabalho, se desenvolvido com a ajuda de políticas públicas específicas para esse público-alvo, pode fomentar ações de promoção, de proteção e de reabilitação da saúde dos idosos, como evidenciado por Carvalho (2003). Adicionalmente, Oliveira e Rozendo (2014) afirmam que é importante investir nessas instituições para que estas se transformem em moradas dignas para os idosos e não um depósito de desvalidos.

## Considerações finais

A partir da realização desse estudo, foi possível atestar que os idosos que mantém contato com amigos e familiares vivem mais do que aqueles que não usufruem desse tipo de relação. Torna-se, portanto, fundamental que a família

ISBN 978-65-86901-26-9

e os amigos proporcionem alternativas para estimular esse contato/convívio social, a fim de ampliar a qualidade de vida das pessoas idosas. Mesmo no caso de haver institucionalização em uma ILPI, os familiares devem estar sempre em contato com seu idoso, reforçando vínculos afetivos.

É importante evidenciar que algumas estratégias podem ser usadas para oferecer a pessoa idosa um engajamento social, através do compartilhamento de sentimentos e afetividades, do aprendizado e do desenvolvimento de atividades educativas e de recreação. Essa atenção pode valorizar significativamente a afetividade, a construção de identidades e de vínculos relacionais de pertencimento, além de promover bem-estar e qualidade de vida para o idoso.

Entre as diversas atividades que podem ser oferecidas na ILPI, para melhorias em seu cotidiano, destacam-se as oficinas terapêuticas, que podem trazer benefícios físicos e sociais, autonomia, desenvolvimento de capacidades motoras e cognitivas, além de oportunizar momentos de socialização.

Deve-se, também, refletir sobre a atuação das instituições (ILPI) e os novos papéis que podem ser desenvolvidos, com o intuito de assegurar aos idosos, dentro das condições possíveis, um envelhecimento bem-sucedido. Portanto, é preciso projetar o futuro para garantir a satisfação pessoal nas diversas etapas do envelhecimento humano.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2010. 62 p.

ALVES, Vicente Paulo; VIANNA, Lucy Gomes. Políticas públicas para a educação gerontológica na perspectiva da inserção social do idoso: desafios e possibilidades. **Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ**., Rio de Janeiro, v. 18, n. 68, p. 489-510, jul./set. 2010.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho, *et al.* Envelhecimento: Relações pessoais e familiares. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, v. 36, ed. esp., p.120-132, jan./jun. 2012.

ARGIMON, Irani I. de Lima; VITOLA, Janice Castilhos. E a família, como vai? In: BULLA, Leonia Capaverde; ARGIMON, Irani Iracema de Lima (Orgs.). **Convivendo com o familiar idoso**. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 25-31, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** Ministério da Saúde. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 70 p.

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. 192 p.

BRASIL. **Cartilha das pessoas idosas** - direitos humanos. Atualizada com as Leis 13.466/17 e 13.535/17. Secretaria de Cultura e Turismo de Lorena, São Paulo, 2019.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR). **Infraestrutura social e urbana no Brasil:** subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Brasília (DF): IPEA; 2010.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V.; CASTRO, A. Representações Sociais de Velhice e Boa Velhice entre Idosos e Sua Rede Social. **Rev. Psicol. IMED**. v. 9, n. 1, Passo Fundo. jan./jun., 2017.

CARVALHO, M. C. B. A priorização da família na agenda da política social. In.: CARVALHO, M. C. B. (org.). **A família contemporânea em debate**. Ed. Cortez, São Paulo, 2003.

CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele; VAZ, Elizabete Ribeiro de Carvalho. A legislação brasileira e o idoso. **Revista CEPPG** – CESUC – Centro de Ensino Superior de Catalão, Ano XII, n. 21, 2º Semestre de 2009.

GOMES, Ivani Soleira *et al*. A Busca da Socialização de Idosos por Meio de Atividades de Recreação e Lazer. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte** – 12 a 15 de setembro de 2004.

GONTIJO, Suzana. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. World Health Organization; Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

GUERRA, Ana Carolina Lima Cavalcante; CALDAS, Célia Pereira. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, 2010.

MAZO, G. Z. *et al*. **Atividade física e o idoso**. Porto Alegre: Sulina, 2001.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; FONTES, M. B. **O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG). 2016.

MOLINA, E. *et al*. Experiencias españolas en la promoción de la autonomia personal en las personas mayores. **Gac. Sanit**, v. 25, supl., p. 147-157, 2011.

MOURA, G. A.; SOUZA, L. K. Lazer e idoso institucionalizado: tendências, problemas e perspectivas. **Licere**. v. 16, n. 2, p. 1-21, 2012.

MOURA, Maria Martha Duque de; VERAS, Renato Peixoto. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-39, 2017.

OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 5, p. 773-779, 2014.

RULLI NETO, Antônio. **Proteção legal do idoso no Brasil:** universalização da cidadania. São Paulo: Fiuza, 2003.

SANTOS, G. A. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. **Revista Virtual Textos & Contextos**, v. 1, n. 1, p. 1-12, 2002.

SILVA, M. R. *et al.* A percepção do idoso institucionalizado sobre os benefícios das oficinas terapêuticas. **Rev. Bras. Prom. Saúde**, Fortaleza, v. 29(Supl), p. 76-84, 2016.

SOUSA, Ana Maria Viola de. **Tutela jurídica do idoso:** a assistência e a convivência familiar. São Paulo: Alínea, 2004.

VIANA, Daniela Corrêa. **O fortalecimento dos vínculos familiares com o idoso**. Disponível em: https://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/1d/1d829859-460f-44ee-b558-78a9892c874d.pdf. Acesso em 10 de outubro de 2019.

# EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS SOBRE O USO DA CIF NA LOMBALGIA EM IDOSOS

Cícera Patrícia Daniel Montenegro[1]
Maria Adelaide Silva Paredes Moreira[2]

**Resumo:** A lombalgia é um sintoma frequente durante o processo de envelhecimento, exercendo considerável influência na limitação funcional da pessoa idosa. Nesse contexto, a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) surge como alternativa à identificação de dados relacionados função; potencialidades para prevenção, considerando o aspecto biopsicossocial, além do desenvolvimento de estratégias eficazes de assistência à saúde direcionadas aos idosos. **Objetivo**: Identificar as publicações científicas sobre o uso da CIF na lombalgia da pessoa idosa. **Método**: Trata-se de uma revisão integrativa realizada à partir da busca de artigos científicos nas bases Web of Science, *CINAHL, Cochrane, Scopus, PsycInfo, SciELO e MEDLINE/PubMed,* publicados entre 2011 e 2020. **Resultados:** Foi verificada a eficácia da CIF em diversos países tanto na avaliação quanto na categorização do comprometimento funcional e restrição de atividade considerando a perspectiva do paciente. Os dados extraídos das produções selecionadas são discutidos em quadro síntese. **Conclusão:** A utilização da CIF favorece a obtenção de informações relevantes para tomada de decisão em intervenções essenciais para assistência interdisciplinar à pessoa idosa com lombalgia.

**Palavras-chave:** Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde, Idoso, Lombalgia.

1 Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, pmontenegro9@gmail.com;

2 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, **jpadelaide@hotmail.com.**

## Introdução

O envelhecimento populacional na contemporaneidade apresenta aumento e repercussão mundial. Durante o envelhecer torna-se predominante o surgimento de doenças crônico-degenerativas resultando em quadro álgico na coluna vertebral (GOULART, 2011).

Neste contexto, estima-se que a prevalência de lombalgia na população idosa representa 80% para ocorrência de um episódio ao longo da vida. Pesquisas estimam que a cada quatro idosos, um convive diariamente com dor lombar (LEOPOLDO *et al.*, 2016).

As dores lombares podem apresentar comprometimento neurológico (lombociatalgias) decorrentes de processos inflamatórios, degenerativos, neoplásicos, defeitos congênitos, déficit muscular e/ou predisposição reumática. No entanto, podem associar-se a fatores sociodemográficos (idade, sexo, renda e escolaridade), comportamentais (tabagismo e sedentarismo), fatores encontrados nas atividades cotidianas (esforço físico excessivo, posição viciosa e movimentos repetitivos) assim como obesidade e morbidade psicológica. Fatores que ao serem integrados, limitam a funcionalidade (RACHED, *et al.*, 2013).

Considerada uma ferramenta para identificação da funcionalidade, incapacidades e deficiências de populações, foi desenvolvida a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e aprovada em maio de 2001. Apresenta 1.454 categorias divididas em quatro componentes observados pela letra que antecede o código alfa numérico: funções fisiológicas do corpo *("b" body)*; estruturas anatômicas corpóreas *("s" structure)*; atividades e participação *("d" domain)* que se referem à execução de uma tarefa ou ação e ao envolvimento do indivíduo numa perspectiva social, respectivamente; e fatores ambientais *("e" environment)* que são externos ao indivíduo e podem exercer influência positiva ou negativa, desempenhando papéis de barreiras ou facilitadores (ZÜGE, *et al.*, 2019).

Baseado na necessidade em facilitar a aplicabilidade prática do uso da CIF, foram elaborados os *Core sets* que consistem nas seleções de itens essenciais para a descrição e qualificação da procura de situações de saúde específicas, a partir da inclusão do mínimo possível de itens para torná-la mais prática ao agrupar as principais categorias relacionadas às diferentes condições de saúde,

ferramenta útil para codificar a funcionalidade da pessoa idosa com lombalgia (RIBERTO, 2011).

Ressalta-se que a limitação funcional do idoso advinda da lombalgia durante a realização de atividades cotidianas, compromete a qualidade de vida. Entende-se que a capacidade funcional é uma das formas mais adequadas para avaliar as condições das pessoas idosas, pois traduz um conceito ampliado de saúde, como a existência de habilidades físicas e mentais para a manutenção da autonomia e independência, envolvendo múltiplos aspectos da vida do idoso (RIGO, *et al.*, 2010). Portanto, neste contexto, para comparação de dados entre países, disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo; no fornecimento de um esquema de codificação para sistemas de informações em saúde utiliza-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Além de ser uma ferramenta estatística, de pesquisa, clínica, de política social e pedagógica, serve de avaliação voltada às pessoas idosas (QUINTANA, *et al.*, 2014).

Dessa forma, considerou-se relevante analisar o uso atual da CIF na lombalgia de idosos no Brasil e no mundo, identificando as limitações mais frequentes que interferem na funcionalidade.

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 as publicações científicas sobre a aplicabilidade da CIF na lombalgia da pessoa idosa.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa seguindo as fases de elaboração da pergunta norteadora, busca em bases de dados, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e conclusão, no intuito de proporcionar a melhor sistematização de conhecimento sobre o tema pesquisado.

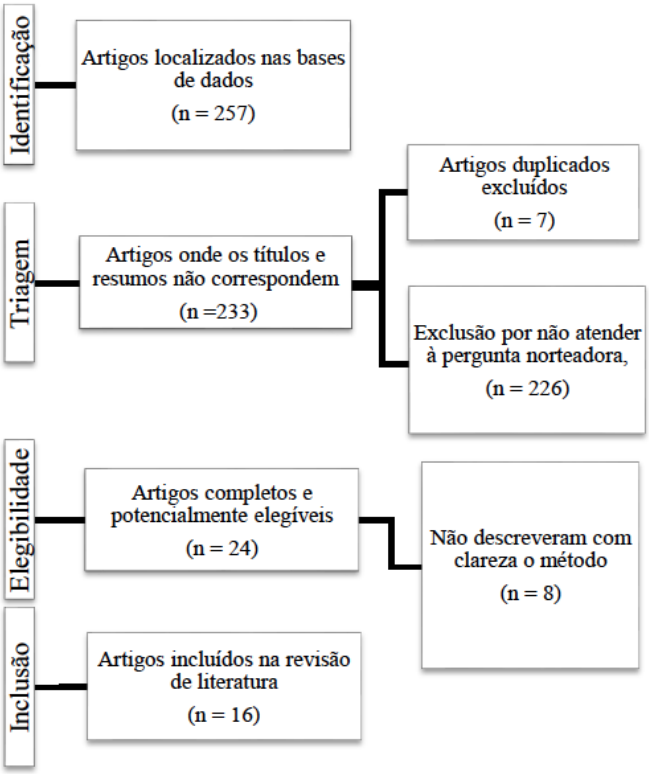
Os autores, em sua maioria, estabelecem ser necessário seguir seis passos para elaboração de uma revisão integrativa: a) identificação da questão de pesquisa, o que inclui a definição dos objetivos do estudo; b) busca na literatura, com elaboração dos critérios de inclusão e exclusão; c) categorização 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 (BOTELHO *et al.*, 2011).

ISBN 978-65-86901-26-9

A pesquisa foi realizada à partir da busca de artigos científicos nas bases de dados Web of Science, CINAHL, Cochrane, Scopus, PsycINFO, SciELO e MEDLINE/PubMed publicados entre 2011 e 2020; salientando que nas bases CINAHL e SciELO surgiu apenas um artigo duplicado, na Scopus foram 5 repetidos, na PsycoINFO não obteve-se resultado. Foram utilizados os descritores indexados "international classification of functioning, disability and health", "aged" e "low back pain" com o uso dos operadores booleanos AND e OR. Realizou-se ajuste na busca dos artigos de acordo com as especificidades de cada base, utilizando a estratégia PICOS e mantendo adequação à pergunta norteadora: ***Quais as publicações científicas sobre o uso da CIF na lombalgia da pessoa idosa realizadas nos últimos dez anos?***

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados em inglês e português, que retratassem na íntegra a temática referente à revisão integrativa e indexados nos referidos bancos de dados. Foram excluídos artigos de revisão integrativa, duplicados, anais de congressos, teses e dissertações.

**Figura 1**. Processo de seleção amostral do estudo



A seleção amostral foi inicialmente composta por 257 documentos, assim distribuídos: Web of Science (n = 18), CINAHL (n = 11), Cochrane (n = 1) Scopus (n = 38), SciELO (n = 1) e PubMed (n = 188), a bases de dados PsycINFO não forneceu artigos; com posterior redução para (n = 233), 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 = 7), junto com os que não correspondiam à pergunta norteadora (n = 226). Desses filtros, restaram 24 artigos completos e possivelmente elegíveis. Depois da exclusão por não descreverem com clareza o método (n = 8), sobraram 16 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

Para sumarização das evidências científicas sobre o tema proposto elaborou-se um quadro síntese que contemplou as seguintes assertivas: título do artigo; periódico e ano; autor e país; temática e delineamento da pesquisa, conforme demonstrado abaixo.

**Quadro 1.** Caracterização dos artigos da amostra.

| Título | Periódico/Ano | Autor/País | Temática | Delineamento da Pesquisa |
|---|---|---|---|---|
| - The impact of age and gender on the ICF-based assessment of chronic low back pain | - Journal Disability and Rehabilitation, 2019 | FEHRMANN, E et al. ÁUSTRIA | Avaliar o impacto da idade e do gênero na classificação internacional de avaliação baseada em funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) para lombalgia crônica | A CIF para pacientes com lombalgia é influenciada pela idade e gênero. Esse impacto é relevante para avaliações baseadas na CIF na prática clínica e deve ser considerada no planejamento da intervenção em programas de reabilitação |
| - Functional profile of active older adults with low back pain, according to the ICF | - Revista Brasileira de Medicina e Esporte, 2016 | FRÉZ, A.R et al. BRASIL | Descrever a funcionalidade de idosos ativos com lombalgia de acordo com a CIF | Os resultados da versão abreviada do Core set da CIF para lombalgia demonstraram que esse é um sistema de classificação representativo para descrever o perfil funcional da amostra |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| - Low back pain in 17 countries, a Rasch analysis of the ICF core set for low back pain | - International Journal of Rehabilitation Research, 2012 | CECILIE, R et al. NORUEGA | Construir uma medida transcultural de funcionalidade para pacientes com lombalgia baseado na CIF, avaliando suas propriedades | O Core set da lombalgia pode ser usado como uma ferramenta em comum considerando os componentes da função corporal e atividades e participação. Respeitando informações específicas de cada país a serem calculadas antes do agrupamento dos dados |
| - The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital | - Journal of Rehabilitation Medicine, 2011 | HUBERUN E.O, et al. SUÍÇA | Utilizar a CIF para medir o efeito do tratamento fisioterapêutico | A CIF é eficaz no registro de informações detalhadas sobre a funcionalidade dos pacientes na fase aguda |
| - Do ICF Core Sets for Low Back Pain Include Patients' Self-Reported Activity Limitations because of Back Problems? | Physiotherapy Research International, 2014 | LYGREN, H et al. NORUEGA | Investigar a validade das atividades difíceis de executar (conjuntos essenciais) da CIF para lombalgia | Os conjuntos centrais da CIF para lombalgia são adequados para obter uma visão geral das limitações funcionais dos pacientes, mas não fornecem informações suficientes do ponto de vista terapêutico |
| - Content validity of the comprehensive international classification of functioning, disability and health (ICF) core set for low back pain from the perspective of physicians: a Delphi survey. | - Chronic illness, 2012 | GLOCKER, C et al. ALEMANHA | Validar o conjunto básico da CIF na perspectiva médica | A alta porcentagem de categorias da CIF representadas no ICF Core Set for LBP indica boa validade de conteúdo da perspectiva dos médicos |
| - Contribution of ICF on the functionality of individuals with chronic low back pain. | - Manual Therapy, Posturology& Rehabilitation Journal, 2015 | SANTOS, B. C et al. L N. BRASIL | Definir o perfil funcional de pacientes com lombalgia crônica com base na CIF | O uso do questionário funcional foi capaz de determinar o perfil funcional dos sujeitos, contribuindo para subsidiar intervenções em um programa de Back School |
| - What do clinicians consider when assessing chronic low back pain? A content analysis of multidisciplinary pain centre team assessments of functioning, disability, and health | - Journal of the International Association for the Study of Pain, 2018 | BAGRAITH, K.S et al. AUSTRÁLIA | Mapear o conteúdo das avaliações clínicas da equipe multidisciplinar (MTD) e validade do conjunto principal de lombalgia da LBP - CIF | A partir da percepção das avaliações da MTD sobre funcionamento, incapacidade e saúde, os usuários podem ter certeza que a ferramenta é válida |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| - Self-reported disability according to the International Classification of Functioning, Disability and Health Low Back Pain Core Set: Test-retest agreement and reliability | - Disability and Health Journal, 2017 | BAGRAITH, K. S et al. AUSTRÁLIA | Investigar a concordância teste-reteste e a confiabilidade das classificações de atividade e participação dos pacientes, de acordo com o conjunto básico de dor lombar (LBP-CS) | A Pesquisa mostrou-se aceitável e confiável para apoiar a compreensão das perspectivas dos pacientes sobre a incapacidade na prática e pesquisa de reabilitação |
| Rasch analysis supported the construct validity of self-report measures of activity and participation derived from patient ratings of the ICF low back pain core set | - Journal of Clinical Epidemiology, 2017 | BAGRAITH, K. S et al. AUSTRÁLIA | Investigar se limitações de atividade e restrições de participação podem ser derivadas da CIF | Medidas de atividade e participação com validade de construto podem ser derivadas de classificações de LBP-CS e ser usadas na prática clínica e em pesquisas epidemiológicas |
| A transversal multicenter study assessing functioning, disability and environmental factors with the comprehensive ICF core set for low back pain in Brazil | - European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 2014 | RIBERTO, M et al. BRASIL | Descrever o funcionamento e fatores contextuais e validar empiricamente a CIF para dor lombar | A CIF para lombalgia pode ser usada para descrever a experiência de vida dos indivíduos |
| The International Classification of Functioning, Disability and Health: Development of capacity and performance scales | - Journal of Clinical Epidemiology, 2011 | ALMANSA, J et al. ESPANHA | Avaliar se escalas válidas de Capacidade e Desempenho poderiam ser desenvolvidas a partir do domínio "Atividades e Participação" da lista de verificação da CIF | Medidas resumidas de funcionamento baseadas na CIF podem facilitar sua incorporação em estudos clínicos e epidemiológicos |
| Physiotherapists clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health | - Journal Disability and Rehabilitation, 2011 | JOSEPHSON, I et al. UK | Descrever o que os fisioterapeutas precisam saber sobre pacientes com dor lombar inespecífica (NSLBP) para tomar decisões de intervenção | O uso da CIF pelos fisioterapeutas na prática clínica pode facilitar a identificação do problema específico da lombalgia de pacientes, sendo útil no planejamento da reabilitação; assim como, valor educacional. |
| Laying the foundation for a core set of the International Classification of Functioning, Disability and Health for community-dwelling adults aged 75 years and above in general practice: a study protocol | - BMJ Open, 2018 | TOMANDL, J et al. ALEMANHA | Identificar códigos relevantes para um conjunto básico da CIF para idosos da comunidade (75 anos ou mais) na atenção primária | Ao analisar quais partes da seção "Atividades e participação" são importantes e compará-las com o nível de funcionamento classificado para os qualificadores e avaliado com outras ferramentas de medição, pode-se definir quais futuras intervenções médicas serão necessárias e desnecessárias |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Association between low back pain and various everyday performances: Activities of daily living, ability to work and sexual function | - The Central European Journal of Medicine, 2019 | GRABOVAC, I., DORNER, T.E. ÁUSTRIA | Examinar a associação entre a lombalgia e o desempenho cotidiano, explicando fatores que promovam essas associações, para possíveis tratamentos e reabilitação | Foi demonstrado que o treinamento físico, a educação abrangente do paciente e as modificações no local de trabalho ou em casa são capazes de interromper a influência entre a dor lombar e os fatores mediadores |
| Risk Factors and Disability Associated with Low Back Pain in Older Adults in Low- and Middle-Income Countries. Results from the WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE) | - PLoS One, 2015 | WILLIAMS, J.S et al. ITÁLIA | Medir a prevalência de lombalgia, identificando determinantes associados à incapacidade em adultos com 50 anos ou mais, em seis diferentes regiões do mundo | É necessária evidência de dor nas costas e seu impacto na incapacidade nos países em desenvolvimento, para que os governos possam investir em educação e reabilitação com boa relação custo-benefício para reduzir o crescente ônus social e econômico imposto por essa condição incapacitante |

Ao lado da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é uma ferramenta de codificação usada em todo o mundo, no entanto, difere por avaliar o comprometimento funcional de um paciente devido à condição de saúde, assim como, as barreiras ou facilitadores contextuais existentes. Sabe-se que a lombalgia caracteriza um crescente problema de saúde na atualidade e uma avaliação interdisciplinar da CIF desempenha importante papel a fim de otimizar a terapia transdisciplinar centrada no indivíduo com dor lombar crônica (HOPFE *et al.*, 2017). Sabe-se que existem poucas propostas de padronização de intervenções fisioterapêuticas na fase aguda, poucos estudos exploram o uso da CIF como linguagem interdisciplinar em hospitais (HUBERUN *et al.*, 2011).

Em um estudo realizado na Áustria, 244 pacientes com idades entre 17 e 80 anos foram questionados sobre limitações nas *atividades e participação* devido à lombalgia crônica e até que ponto o *fator ambiental* era considerado como facilitador ou barreira. Observou-se que os fatores que mais contribuem para o categorias relevantes da CIF de *atividades e participação*, e *meio ambiente* foram afetados por diferenças de idade ou gênero, o que enfatiza a relevância do impacto desses *fatores pessoais* sobre os indivíduos, sejam eles idosos ou jovens (FEHRMANN *et al.*, 2018).

Lembrando que, pesquisas realizadas sobre o perfil funcional de adultos idosos ativos entre 60 e 75 anos, pontuaram que o sedentarismo acelera os efeitos do envelhecimento em indivíduos suscetíveis a fatores de risco de doenças

crônicas como a lombalgia (FRÉZ *et al*., 2016). Além disso, o comprometimento funcional de pacientes idosos com dor lombar crônica já é conhecido na literatura e sua restrição em "autocuidado e mobilidade" ou "caminhada" comparados aos pacientes mais jovens está de acordo com os resultados de estudos anteriores e relacionado ao curso natural do envelhecimento. Por outro lado, pacientes mais jovens relataram maior comprometimento dentro do fator "transporte", que inclui as categorias "usando transporte" (d470) e "dirigindo" (d475) consideradas estressantes pois as realizam com maior frequência que a pessoa idosa. Já em relação às diferenças de gênero, observou-se que as mulheres tanto jovens quanto velhas apresentam mais limitações no "trabalho doméstico" pois apesar de mudanças na participação dos homens, elas ainda desempenham jornadas que as sobrecarregam (FEHRMANN *et al*., 2018).

Os estudos realizados por Huberun *et al* (2011) e Cecilie *et al* (2012) corroboram sobre a eficácia da CIF na avaliação, categorização do comprometimento funcional e restrição de atividade considerando a perspectiva do paciente. Foi observado na pesquisa realizada em 17 países da Europa, Ásia e América do Sul que o *Core set* de lombalgia da CIF abrangente deve ser usado como uma ferramenta para o avaliação dos diferentes níveis de funcionamento em pacientes com lombalgia nos componentes da função corporal e atividades e participação, respectivamente. A falta de invariância entre países requer informações específicas por país. Faz-se necessário calcular as pontuações antes do agrupamento de dados e tabelas de conversão, no entanto, os qualificadores e ajustes de algumas categorias precisam de mais pesquisas ao aplicar a CIF em diferentes países (CECILIE *et al*., 2012).

Conforme levantamentos de Lygren ***et al*** (2014) feitos na Noruega com pacientes idosos compondo a amostra, ao serem questionados sobre especificação de atividades difíceis de realizar devido à lombalgia e quais as tarefas específicas que não conseguem desempenhar pelo quadro álgico, considerando *atividades e participação* dos conjuntos principais da CIF, verificou-se que as mais relatadas foram sentar, levantar e andar. Identificando que através dos conjuntos centrais da CIF para lombalgia é possível obter uma visão geral das limitações funcionais dos pacientes, mas não fornecem informações suficientes do ponto de vista terapêutico.

Dentre os artigos analisados em sua maioria, houve consenso sobre a validade do *Core set* da CIF para lombalgia demonstrando que esse é um sistema de classificação representativo da funcionalidade dos indivíduos submetidos

a este instrumento, no entanto alguns estudos observaram a necessidade de preencher lacunas com a adesão das seguintes categorias: *funções de manutenção de peso*, embora a associação entre obesidade e lombalgia não seja comprovadamente causal, fatores como sedentarismo, depressão e medicamentos antidepressivos estabilizadores de membrana podem contribuir para ganho de peso; *continência urinária* está relacionada com lombalgia pela contribuição dos músculos do tronco para continência e controle pélvico e *desconforto associado à relação sexual* por provocar quadro doloroso (GLOCKER *et al*., 2012).

Em uma análise realizada por Santos *et al* (2015) pontuou como lacunas, as barreiras arquitetônicas em *fatores ambientais*, que interferem na funcionalidade dos participantes em ambientes públicos e privados, sendo maior em públicos. Supõe-se que ambientes domésticos poderiam ser mais adaptados, favorecendo a funcionalidade da pessoa idosa. É importante enfatizar a importância das políticas públicas no Brasil a fim de promover a melhoria do desempenho funcional, baseadas na CIF. Dados de outro estudo realizado no Brasil corroborou com os dados descritos anteriormente e reforçou que a *mobilidade* e *vida doméstica* foram os aspectos de *atividade e participação* mais comumente limitados funcionalmente (RIBERTO *et al*., 2014) (WILLIAMS *et al*., 2015).

Sabe-se que dentre os componentes da CIF, a capacidade intrínseca de um indivíduo executar tarefas ou ações independentes do ambiente juntamente com o desempenho de pacientes com lombalgia na Alemanha, alcançaram melhor funcionalidade no contexto físico quando foram utilizados dispositivos auxiliares em seu ambiente de vida diária (ALMANSA *et al*., 2011).

A maioria dos artigos relataram que a utilização da CIF na prática profissional é importante para direcionar qual a intervenção ideal, servindo como ilustração de padrões de sintomas e sinais em relação à distribuição de códigos entre domínios e nível de detalhes entre os domínios, assim, não caracteriza apenas códigos específicos, mas também a interação entre códigos nos componentes da função corporal, estrutura corporal, atividade e participação. Em contrapartida autores de estudos realizados em UK demonstram que a CIF necessita de diretrizes sobre a relação entre os componentes a fim de priorizar a interação (JOSEPHSON *et al*., 2011).

Pesquisas realizadas na Alemanha identificaram as lacunas no uso da CIF com a população geriátrica, principalmente na atenção primária às pessoas idosas. O estudo foi realizado com idosos de 75 anos ou mais a fim de elaborar uma lista de categorias relevantes da CIF contemplando as limitações

mais comuns da saúde funcional na velhice do ponto de vista clínico. Além disso, analisar quais informações advindas da seção 'atividades e participação' são mais relevantes na tomada de decisão em intervenções essenciais na assistência clínica. Segundo os pesquisadores a análise segue em andamento até 2020 (TOMANDL *et al*., 2018).

Vale salientar que há necessidade de mais pesquisas utilizando a CIF na população idosa, visto que na maioria dos artigos o idoso fez parte da amostra em conjunto com outras faixas etárias. Os estudos incluídos na presente revisão buscaram realizar um levantamento das publicações científicas sobre o uso da CIF na lombalgia da pessoa idosa realizadas nos últimos dez anos, avaliando os efeitos da lombalgia em vários aspectos da capacidade funcional comparando os dados em diferentes países, através da codificação oriunda das categorias da CIF (GRABOVAC e DORNER, 2019).

## Considerações finais

Conclui-se que a dor na coluna lombar representa frequente limitação funcional nos adultos jovens e velhos. Neste contexto, a utilização da CIF favorece a obtenção de informações relevantes para tomada de decisão em intervenções essenciais para assistência interdisciplinar pessoa idosa com lombalgia.

É necessário utilizar a CIF considerando as especificidades de cada país assim como a realização de pesquisas direcionadas à pessoa idosa, visto que na maioria dos artigos analisados nesta revisão, os idosos integravam a amostra juntamente com as demais faixas etárias. A aplicabilidade da CIF à pessoa idosa além de agrupar aspectos semelhantes da funcionalidade do idoso, permite a comparabilidade de dados entre locais e momentos históricos diferentes, e munidos destas informações torna-se possível estabelecer uma linguagem comum entre os profissionais, facilitando assim, o cuidado à saúde do idoso com lombalgia, priorizando a qualidade de vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALMANSA, J *et al.* The International Classification of Functioning, Disability and Health: Development of capacity and performance scales. **Journal of Clinical Epidemiology**, Espanha, v. 64, n.12, p. 1400-1411, dez. 2011.

BOTELHO, L.L.R., CUNHA C.C. de A., MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista eletrônica Gestão e Sociedade**, v. 5, n.11, p.121-136, Belo Horizonte, nov. 2011.

BAGRAITH, K.S *et al*. What do clinicians consider when assessing chronic low back pain? A content analysis of multidisciplinary pain centre team assessments of functioning, disability, and health. **Journal of the International Association for the Study of Pain**, Austrália, v. 159, p.2128-2136, out. 2018.

BAGRAITH, K.S *et al*. Self-reported disability according to the International Classification of Functioning, Disability and Health Low Back Pain Core Set: Test-retest agreement and reliability. **Disability and Health Journal**, Austrália, v. 10, n. 4, p.621-626, out. 2017.

BAGRAITH, K.S *et al.* Rasch analysis supported the construct validity of self -report measures of activity and participation derived from patient ratings of the ICF low back pain core set. **Journal of Clinical Epidemiology**, Austrália, v.84, p.161-172, Austrália, abr. 2017. CECILIE, R *et al.* Low back pain in 17 countries, a Rasch analysis of the ICF core set for low back pain. **International Journal of Rehabilitation Research**, Noruega, v. 1, p. 31-47, 2013.

FEHRMANN, E *et al*. The impact of age and gender on the ICF-based assessment of chronic low back pain. **Journal Disability and Rehabilitation**, UK, v. 41, 2019.

FRÉZ, A.R *et al*. Functional profile of active older adults with low back pain, according to the ICF. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, São Paulo, Brasil, v. 22 n.4, 2016.

GOULART, F.A.A. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde**. Brasília, jun. 2011.

GLOCKER, C. *et al*. Content validity of the comprehensive international classification of functioning, disability and health (ICF) core set for low back pain from the perspective of physicians: a Delphi survey. **Chronic Illness,** Alemanha, v. 9, n. 1, p. 57-72, 2012.

GRABOVAC, I., DORNER, T.E. Association between low back pain and various everyday performances: Activities of daily living, ability to work and sexual function. **The Central European Journal of Medicine**, Áustria, v. 131, p. 541–549, set. 2019.

HOPFE, M., PRODINGER, B., BICKENBACH, J.E., *et al*. Optimizing health system response to patient's needs: an argument for the importance of functioning information. **Disabil Rehabil**., p.6, Jun. 2017.

HUBERUN, E.O. et al. The ICF as a way to specify goals and to assess the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital. **Journal Rehabilitation Medicine,** Suíça, v. 43, p. 174-177, 2011.

JOSEPHSON, I *et al*. Physiotherapists clinical reasoning about patients with non-specific low back pain, as described by the International Classification of Functioning, Disability and Health. **Journal Disability and Rehabilitation**, UK, v.33, p.2217-2228, mar. 2011. LEOPOLDINO, A.A.O. *et al*. Prevalência de lombalgia na população idosa brasileira: revisão sistemática com metanálise. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n.3, p.258-269, 2016.

LYGREN, H. *et al*. Do ICF Core Sets for Low Back Pain Include Patients Self-Reported Activity Limitations because of Back Problems? **Physiother. Res. Int,** Noruega, v. 1, p. 99-107, 2014.

QUINTANA, J. de M. *et al*. A utilização da Classifcação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no cuidado aos idosos. **Revista de Enfermagem**; 2014 mar; 12(2)

RACHED, R.D.V.A. *et al.* Lombalgia inespecífica crônica: reabilitação. **Rev. Assoc. Med. Bras,** v.59, n.3, São Paulo, nov./dez. 2013.

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Rev. Bras. de Enfermagem**. Brasília, 2011 set; 64(5): 938-46.

RIBERTO, M *et al.* A transversal multicenter study assessing functioning, disability and environmental factors with the comprehensive ICF core set for low back pain in Brazil. **European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine,** Brasil, **v.50,** p.153-160, 2014.

RIGO I.I., PASKULIN L.M.G., MORAIS E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 31,n.2, p.254-61, 2010. ROEA, C., HOLTERA, E. B., CIEZAC, A. Low back pain in 17 countries, a Rasch analysis of the ICF core set for low back pain. **International Journal of Rehabilitation Research, Department of Physical Medicine and Rehabilitation,** Oslo, Norway, v. 36, p. 38–47, 2013.

SANTOS, B. C *et al*. Contribution of ICF on the functionality of individuals with chronic low back pain. **Manual Therapy, Posturology& Rehabilitation Journal**, Brasil, v. 13, 2015.

TOMANDL, J *et al.* Laying the foundation for a core set of the International Classification of Functioning, Disability and Health for community-dwelling adults aged 75 years and above in general practice: a study protocol. **BMJ Open**, Alemanha, v.8, ago. 2018.

WILLIAMS, J.S *et al.* Risk Factors and Disability Associated with Low Back Pain in Older Adults in Low- and Middle-Income Countries. Results from the WHO Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). **PLoS One,** Itália, v.10, n.6, jun. 2015.

ZÜGE, C. H. *et al*. Entendendo a funcionalidade de pessoas acometidas pela Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) sob a perspectiva e a validação do *Comprehensive ICF Core Set* da Classifcação Internacional de Funcionalidade. ***Cad. Bras. Ter. Ocup.*,** São Carlos, v. 27, n. 1, p. 27-34, 2019.

# NA TRILHA DO ENVELHECIMENTO: TEORIAS BIOPSICOSSOCIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO E AS ATITUDES DE CRIANÇAS EM RELAÇÃO A VELHICE

Everton Willian de Oliveira Cavalcanti[1]
Pedro Vinícius Lins Oliveira Lima[2]
Márcia Regina Barbosa[3]
Nayana Pinheiro Tavares[4]

**Resumo:** A maneira com que se envelhece não é homogenia. Cada corpo envelhece de uma forma, evidenciando assim a diversidade, e ao mesmo tempo, a singularidade desse processo. A pluralidade dos elementos que permeiam esse processo, justifica, em certa medida, a interdisciplinaridade que se percebe nos estudos sobre o idoso. Compreender esse fenômeno por apenas uma lente parece ser uma escolha redutiva e não capaz de favorecer essa diversidade. Essa pesquisa, que surge como um recorte do trabalho monográfico "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; com coleta de dados a partir da aplicação de questionário e da Escala Todaro e a análise dos resultados a partir da técnica de análise de conteúdo. No que concerne a esse recorte, o mesmo teve por objetivo identificar as principais teorias biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento e analisar as relações com as atitudes de crianças em relação à velhice. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica onde puderam ser levantadas

1 Mestrando do Curso de Educação da Universidade Federal de Pernambuco - UF, everton.cavalcanti@ufpe.br;

2 Graduando do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, plins0404@gmail.com;

3 Pós Doutorado pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Professora Associada 2 na Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, marcia.barbosa@ufpe.br

4 Professora orientadora: Pós Doutorado em Políticas Comparadas de Envelhecimento Ativo e o papel da Educação pela Universidade de Salamanca, Professora Adjunta da Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE, nayana.pinheiro@ufrpe.br.

referências sobre cada uma das teorias e confrontadas com os achados do trabalho monográfico supracitado. Os nossos resultados demonstraram que ainda há uma tendência a observar o envelhecimento exclusivamente pela ótica das teorias biológicas, o que se reduz a possibilidade de analisar o processo de envelhecimento em toda sua amplitude e complexidade e direciona a atitudes pautadas em referências físicas do envelhecimento.
**Palavras-chave:** Teorias do envelhecimento, Velhice, Interdisciplinaridade, Atitudes

## Introdução

A preocupação com a existência do envelhecimento e de como ele ocorre, é algo que tem rondado a humanidade desde os mais remotos tempos, encontrando em diversas mitologias, nas mais diferentes culturas, formas de apreciar e vivenciar este processo (MOREIRA, 2016; TRENCH e ROSA, 2011). Diversas categorias (gênero, etnia, condição socioeconômica,- diferenças culturais) influenciam no processo de envelhecimento (MINAYO e COIMBRA JÚNIOR, 2002; TRENCH e ROSA, 2011).

Uma possibilidade de tornar clara as diferentes formas de envelhecer, é observar os resultados desse processo em diferentes indivíduos, como foi apontado por Papalia, Olds e Feldman (2010), ao discutir sobre o astronauta John H. Glenn Jr., que foi o primeiro homem americano a orbitar a Terra e, trinta e sete anos após este feito, foi a pessoa mais velha a ir ao espaço.

Essa discussão proposta pela autora traduz como os hábitos de uma vida influenciam em como se chega à velhice, pois, segundo Moreira (2016), baseado em McDonald (2014), a forma como se vive influencia diretamente a forma como vai envelhecer, principalmente considerando que um homem não apresenta a mesma forma de lidar com o mundo que outro homem, sendo assim o envelhecimento algo personalizado para cada ser vivo.

Contudo, mesmo considerando a diversidade do processo de envelhecimento, alguns aspectos são comuns a este fenômeno. Aqui serão apresentados alguns, tais como os biológicos, cognitivos e psicossociais.

O envelhecimento é um processo irreversível, que ocorre de maneira natural e de forma específica em cada indivíduo (HAYFLICK, 1996; MORAES, MORAES E LIMA, 2010, MOREIRA, 2016; NERI, 2013; PAPALIA, OLDS e FELDMAN 2010). Este fenômeno ocorre à medida que a idade cronológica aumenta, sendo acompanhado de algumas perdas progressivas no organismo e papeis sociais. Este processo é único e depende de algumas capacidades básicas, adquiridas e do meio em que o indivíduo esteja inserido (MOREIRA, 2016).

O que causa o envelhecimento? Esta pergunta, feita em diversos momentos e nas mais diversas culturas e sociedades, é, até hoje, geradora de diversas problematizações. O que pode ser apontado como causa da senescência13 foi uma dúvida que levou diversos autores a levantar as mais variadas teorias do envelhecimento, a fim de explicar as causas para este processo. Essas

explicações surgiram das diversas áreas do conhecimento, o que deu origem a criação de teorias biológicas, psicológicas e sociais do envelhecimento.

Diante disso, essa pesquisa adentrará nas diversas teorias sobre o processo de envelhecimento, buscando identifica-las e analisa-las a fim de possibilitar uma compreensão mais ampla desse processo, bem como, buscar relacioná-las às atitudes de crianças em relação à velhice identificadas por diversas pesquisas[5].

## Metodologia

A escolha de um trajeto metodológico interfere de maneira direta nos resultados que serão obtidos numa pesquisa. A metodologia aqui apresentada será, inicialmente, a referente ao trabalho monográfico que originou esse recorte, para, em seguida, se apresentada o trajeto metodológico específico para esse recorte. Assim, o trabalho monográfico, se classificou, enquanto abordagem, como uma pesquisa qualitativa. 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 consonância, Gerhardt e Silveira (2009), afirmam que "a pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais" (p. 32). Também foi classificada como uma pesquisa exploratória descritiva. Exploratória pois "têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro ou a construir hipóteses (GIL, 2002, p. 41) e descritiva pois teve como objetivo a "descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, então o estabelecimento entre variáveis" (GIL, 2002, p. 42).

O campo da pesquisa selecionado foram escolas públicas estaduais do Recife que ofertassem o ensino fundamental anos iniciais e que não recebessem nenhuma outra verba a não ser a oriunda do financiamento do governo.

5 CAVALCANTI, 2018; LUCHESI, DUPAS E PAVARINI, 2012; LUCHESI, PAVARINI E VIANA, 2012; OLIVEIRA *et al,* 2015; TODARO, 2008; TODARO, 2017.

Em relação aos sujeitos, foram selecionados estudantes dessas escolas, do turno da manhã e que estivessem matriculados nos quartos e quintos anos. Essa escolha se deu pela necessidade de que os estudantes soubessem ler, devido ao instrumento utilizado para a coletada dos dados.

O instrumento de coleta selecionado foi um questionário, que, segundo Molina Neto e Trivinos (2010), ao citar Hayman (1974), corresponde a uma lista de perguntas mediante a qual se obtém informações de um sujeito ou grupo de sujeitos.

O questionário utilizado no trabalho monográfico foi dividido em 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[6].

A escala selecionada para fazer parte do questionário foi a Escala Todaro. A mesma, uma escala diferencial semântica[7], consiste em uma adaptação construída a partir da Escala Neri[8], 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 se deu através da técnica da análise de conteúdo, proposta por Bardin (2010). A análise de conteúdo pode ser entendida como

> 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 (BARDIN, 2010, p. 44).

6 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)

7 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)

8 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).

ISBN 978-65-86901-26-9

Em relação a esse recorte em específico, utilizamos os dados coletados através do instrumento supracitado e o referencial teórico estabelecido no trabalho monográfico. Para ampliar as análises propostas nessa pesquisa, utilizamos, ainda, os artigos[9] encontrados na fase exploratória do trabalho supracitado. Dessa forma, partiu-se desses pressupostos e critérios para construir a análise dos dados advindos da fase exploratória da pesquisa, bem como os dados oriundos da aplicação do questionário.

## Teorias do envelhecimento: aproximações teóricas

Diversos estudos (CARVALHO E RODRÍGUEZ-WONG, 2008; FREITAS, 2016; OMS, 2005) mostram que a manutenção e melhoria da saúde do idoso está incrustada de fatores que perpassam por diversas áreas do conhecimento, considerando que o processo de envelhecimento não se encerra no envelhecimento biológico, e sim está ligado ao envelhecimento funcional, psicológico, cognitivo e social.

Desta forma, a compreensão do idoso enquanto um ser total, que possui uma variedade de segmentos a serem considerados, se faz importante para a compreensão desta nova realidade demográfica brasileira. Assim, apontaremos as principais teorias sobre o envelhecimento buscando identificar as características de cada uma. Para essa apresentação, iremos identifica-las separadamente em teorias biológicas, teorias psicológicas e teorias sociais.

### Teorias Biológicas

De acordo com Moreira (2016) as teorias biológicas estão agrupadas nas mais diversas formas e categorias, entretanto, todas tentam de alguma forma englobar "aspectos genéticos, bioquímicos e fisiológicos de um organismo" (MOREIRA, 2016, p. 18).

9 LUCHESI, B. M; DUPAS, G; PAVARINI, S. C. I. **Avaliação da atitude de crianças que convivem com idosos em relação à velhice.** Rev. Gaúcha Enferm. Vol 33, Nº 4, p. 33-40, 2012;
LUCHESI, B. M; PAVARINI, S. C. I; VIANA, A. L. **Alterações cognitivas de idosos em contexto domiciliar e atitudes de crianças em relação à velhice.** Rev. Esc. Enferm. Vol 46, Nº 2, p. 335-342, 2012;
OLIVEIRA, N. A; LUCHESI, B. M; INOUYE, K; BARHAM, E. J; PAVARINI, S. C. I. **Avaliação da atitude das crianças que convivem com idosos em relação à velhice.** Acta Paul. Enferm. Vol 28, Nº 1, p. 87-94, 2015;

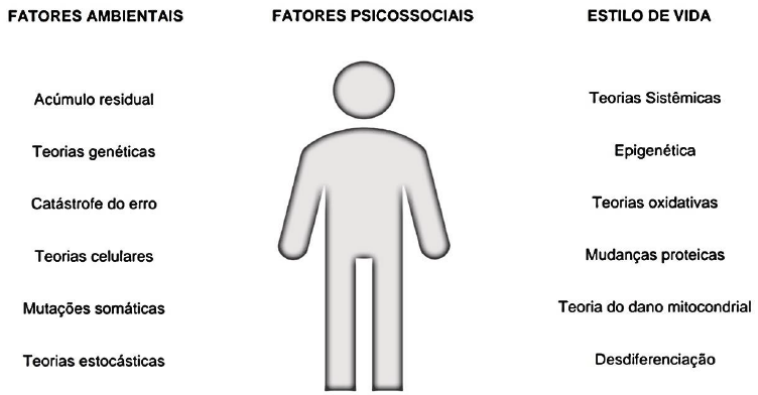
Inicialmente, pode parecer haver uma aproximação do envelhecimento com a doença, porém, de acordo com um dos pioneiros da Biogerontologia, Leonard Hayflick (1996), o envelhecimento não se caracteriza como uma doença, pois diferentemente das patologias, suas modificações expressam-se das mais diversas maneiras, a saber:

- Ocorrem em qualquer animal que alcança a idade adulta
- Dão-se após a maturação sexual
- Aumentam a vulnerabilidade à morte
- Ultrapassam virtualmente as barreiras entre as espécies, ocorrendo de maneira diversificada, porém constante e com uma trajetória demarcada, para cada espécie (HAYFLICK, 1996, p. 35-41).

Tomando por base os estudos de McDonald (2014), Moreira (2016) afirma que na contemporaneidade não se considera mais viável apontar uma causa única para o envelhecimento, tendo em vista a ação de inúmeros processos em cada espécie, de forma complexa. Pode ser visto como um holograma multifatorial, com variações inúmeras, até mesmo para uma única espécie, amplamente suscetível a influências ambientais e, também, submetido a polimorfismos genéticos e variações da expressão gênica (CUNHA, 2011).

Esta complexidade de influências no processo de envelhecimento pode ser visualizada na Figura 1, construída a partir do que foi apontado por Moreira (2016).

**FIGURA 1.** Complexidade do envelhecimento e suas inúmeras influências.




**Fonte:** Cavalcanti (2018).

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2010) as teorias sobre envelhecimento biológico comumente estão organizadas em duas categorias (Tabela 1): teorias de programação genérica e teorias de taxa variável.

As teorias de programação genética defendem que há um envelhecimento inevitável, e que ele ocorre determinadamente de acordo com o relógio evolutivo normal e inato dos genes. Essas teorias podem ser divididas em quatro.

A Teoria da Senescência Programada, que afirma que envelhecer é o resultado de um contínuo ligar e desligar de certos genes. Senescência é o tempo em que os défcits associados ao resultado da idade ficam evidentes. A Teoria Endócrina tem por argumento que relógios biológicos atuam por meio de hormônios para controlar o passo do envelhecimento. A Teoria Imunológica aponta que há um declínio programado em funções do sistema da imunidade leva a uma crescente vulnerabilidade com predisposição para doenças infecciosas e, portanto, para o envelhecimento e morte. E a Teoria Evolucionária que acredita que envelhecer é um traço evolutivo que possibilita aos membros de uma espécie viver somente o suficiente para reproduzir (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2010).

Já as teorias de taxas variáveis, consideram que o envelhecimento é resultado de diversos processos randômicos, que sofrem variação de pessoa a pessoa, como pode ser visto na tabela abaixo. Essas também podem ser dividias em quatro.

Teoria do Desgaste Normal aponta que as células e tecidos têm partes vitais que se desgastam. Teoria dos Radicais Livres afirma que o envelhecimento é devido a danos acumulados de radicais de oxigênio causam paradas no funcionamento de células e eventuais órgãos. Teoria da Taxa de Vida associa a taxa de metabolismo com o tempo devida, apontando que quanto maior a taxa de metabolismo de um organismo, menor é seu tempo de vida. Na Teoria da Auto-imunidade é afirmado que o sistema de imunidade se torna confuso e ataca suas próprias células corporais (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2010).

Moreira (2016) apresenta, baseado em Teixeira e Guariento (2010), que as teorias do envelhecimento biológico, são frequentemente categorizadas em: teorias programadas e teorias estocásticas. Para tais autores, as teorias programadas baseiam-se na ideia do relógio biológico, assim como apresentado por Papalia, Olds e Feldman (2010) para as teorias de programação genética.

Já as teorias estocásticas são definidas como aquelas que apresentam um condicionamento às alterações moleculares e celulares, que ocorrem de forma

progressiva e de maneira aleatória, promovendo danos nas estruturas biológicas para manutenção da vida. Sendo assim, também apresenta um conceito próximo ao trazido por Papalia, Olds e Feldman (2010) para as teorias de taxas variáveis. Desta forma, é possível verificar apenas uma diferença em nomenclatura, porém permanecendo os conceitos relacionados para tais autores e trabalhos (MOREIRA, 2016; PAPALIA, OLDS E FELDMAN 2010).

## Teorias Psicológicas

Partindo de outra área do conhecimento, a área da Psicologia, vimos que, nos últimos sessenta anos, objetivando compreender os padrões de mudanças comportamentais associados ao avançar da idade, o processo de envelhecimento foi alvo de diversos estudos[10] (NERI, 2013). Essa investigação teórica realizada, se ancora na busca por entender o envelhecimento para além das questões biológicas, apontando para a interdisciplinaridade da temática envelhecimento.

Neri (2013) discute, à luz da neuropsicologia, as diversas teorias psicológicas do envelhecimento que foram surgindo no decorrer dos anos, apontando suas características. Didaticamente, a autora as organizou em três categorias: teorias clássicas, teorias de transição e teorias contemporâneas. Essas teorias, diferentemente das biológicas, buscam explicar o envelhecimento a partir das alterações comportamentais que foram e são observadas durante o processo de envelhecimento e como as mesmas o justificam.

Para facilitar a compreensão e entendimento de tais teorias, será utilizado o recurso da tabela com um breve resumo de cada teoria. As tabelas seguirão a divisão didática proposta por Neri (2013).

Primeiramente encontramos as teorias clássicas (tabela 1).

10 BALTES, P. B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. Developmental Psychology, Vol 23, Nº 5, p. 611-626. 1987;
CHARNESS, N. Psychological models of aging: How, who, and what? A comment. Canadian journal on Aging, Vol 14, Nº 1, p. 67-73. 1995;
SCHROOTs, J. J. F. Psychological models of aging. Canadian Journal on Aging, Vol 14, Nº 1, p. 44-66. 1995a;
SCHROOTS, J. J. F. Theoretical Developments in the Psychology of Aging. The Gerontologist, Vol 36, Nº 6, p. 742–748. 1996;
THOMAE, H. Theory of aging and cognitive theory of personality. Human Development, Vol 13, p. 1-16. 1970.

ISBN 978-65-86901-26-9

**TABELA 1.** Teorias Psicológicas do Envelhecimento. Teorias Clássicas.

| | | |
|---|---|---|
| **Clássicas** | *Desenvolvimento psicológico ao longo da vida Desenvolvimento ao longo da vida Tarefas evolutivas Estações da vida adulta* | A vida é dividida em duas metades de acordo com as metas predominantes em cada uma. A primeira metade compreende a infância, adolescência e início da fase adulta (até os quarenta anos) e a segunda inicia nos quarenta anos e segue até o fim da vida Existe uma progressão ordenada de mudanças em atitudes, metas e realizações ao longo do desenvolvimento, replicando os movimentos de crescimento, culminância e contração observados no desenvolvimento biológico São desafios normativos associados às idades cronológicas. Compreendem habilidades, conhecimentos, funções e atitudes que o indivíduo deve adquirir em dado momento de sua vida, sob a ação da maturação física, das perspectivas sociais e dos esforços pessoais É representada pelo cumprimento de tarefas evolutivas que significam conquista do *status* adulto, e a fase de contração é caracterizada como de revisão de vida |

**Fonte:** Adaptado de Neri (2013).

Em seguida podemos verificar, de ainda de acordo com Neri (2013) as teorias de transição (tabela 2).

**TABELA 2.** Teorias Psicológicas do Envelhecimento. Teorias de Transição.

| | | |
|---|---|---|
| **Transição** | *Psicossocialdo desenvolvimento da personalidade ao longo da vida Social-interacionista do desenvolvimento no curso de vida* | De acordo com essa teoria, o desenvolvimento pode ser descrito como sucessão de oito fases ou ciclos, cada um caracterizado pela emergência de um tema ou crise evolutiva. Indivíduos e coortes internalizam o relógio social[11], que serve para regular o senso de normalidade, ajustamento e pertencimento a uma coorte. O curso de vida é construído pelas crenças sociais sobre como devem ser as biografias individuais, por sequências institucionalizadas de papéis e posições sociais, por restrições e permissões em relação aos desempenhos de papéis etários e de gênero e pelas decisões das pessoas. |

**Fonte:** Adaptado de Neri (2013).

Por fim, a autora nos mostra as teorias contemporâneas (tabela 3).

11 Mecanismos sociais de temporalização do curso de vida individual e das coortes

**TABELA 3**. Teorias Psicológicas do Envelhecimento. Teorias Contemporâneas

| | | |
|---|---|---|
| **Contemporânea** | *Desenvolvimento ao longo da vida (lifespan)* | Considera múltiplos níveis e dimensões do desenvolvimento, visto como processo interacional, dinâmico e contextualizado. Integra a noção da existência de mudanças evolutivas de base ontogenética do paradigma de ciclos de vida com as ideias dos paradigmas de curso de vida. |
| | *Dependência comportamental ao longo da vida* | Em todas as fases da vida, a dependência pode assumir uma natureza que a qualifica como comportamental, para designar padrões com duas funções básicas. Uma é a obtenção de ajuda para o funcionamento em domínios prejudicados. Outra função é o controle passivo para obter contato social seguro, evitação da solidão e controle sobre o comportamento de outras pessoas. |
| | *Seletividade socioemocional ao longo da vida* | Na velhice, as metas de busca de informação são substituídas por metas de busca de regulação emocional. Ou seja, a redução nos contatos sociais reflete uma seleção ativa, na qual as relações sociais emocionalmente próximas são mantidas porque têm maior chance de oferecer conforto emocional. |
| | *Controle primário e secundário ao longo da vida* | Definem controle primário como a adequação do ambiente aos próprios desejos, e controle secundário, como a adequação de si mesmo ao ambiente. O primeiro permite aos indivíduos moldar o ambiente para controlá-lo e atualizar seu potencial de desenvolvimento. O segundo serve para minimizar e compensar as perdas em controle primário, mantê-lo e ampliá-lo. A capacidade de criar um equilíbrio ótimo entre estratégias de controle primário e secundário favorece o bem-estar subjetivo e a continuidade do desenvolvimento em domínios selecionados na velhice. |
| | *Eventos críticos ao longo da vida* | Esta teoria versa sobre o papel dos eventos não normativos incontroláveis, ou eventos críticos, em virtude de seu forte potencial de influenciar o curso do envelhecimento. Eventos críticos não são ocorrências isoladas, mas processos que se desdobram no tempo, têm alta saliência emocional, desafiam o ajustamento preexistente entre a pessoa e o ambiente e conduzem a comportamentos de enfrentamento que têm como objetivo restabelecer o ajustamento entre a pessoa e o ambiente. |

**Fonte:** Adaptado de Neri (2013).

É possível observar que todo esse esforço em compreeender como o comportamento influenciava na velhice de indivíduos possibilitou a construção de inúmeras teorias. Contudo, possível também observar que o desenvolvimento dessas teorias acompanhou os avanços em debates sobre o desenvolvimento dos paradigmas do curso de vida (sociologia), bem como o paradigma do desenvolvimento ao longo de toda a vida (psicologia). Tendo esse surgimento acompanhado, também, a emergência de novos conceitos, metodologia, aumento do quantitativo de idosos na sociedade e necessidade de mudanças reais nessa compreenção e relação (NERI, 2013).

## Teorias Sociais

Procurando ainda explicar o envelhecimento, há outra vertente de teorizações sobre o mesmo. As teorias sociais do envelhecimento, que tem por característica principal, explicar o processo de envelhecimento a partir das relações da pessoa idosa com a sociedade, surgiram juntamente com a constituição da Gerontologia enquanto campo científico estruturado (DOLL ET AL, 2007).

Assim como verificado por Doll et al (2007), esta pesquisa percebeu que discutir as teorias sociais do envelhecimento configura-se como um desafio, tendo em vista a baixa quantidade de estudos e publicações que tratam dessa temática específica, principalmente em português.

Um dos trabalhos com destaque é o realizado por Siqueira (2001) onde trata de diversas características das teorias sociais do envelhecimento, buscando traçar aproximações e distanciamentos entre as mesmas. A autora apresenta também as diversas formas com que tais teorias podem ser classificadas, de acordo com o nível de análise, o período em que foi idealizada (critério de geração) e as influências exercidas (SIQUEIRA, 2001).

Considerando a classificação em critério de geração, as teorias podem ser distribuídas em três gerações. A fim de não estender a discussão a um nível que não convém a essa pesquisa, aqui serão discutidas apenas as teorias de primeira geração ou teorias clássicas, que são: teoria da atividade, teoria do desengajamento, teoria da modernização e teoria da subcultura (DOLL ET AL, 2007; SIQUEIRA, 2001).

A teoria da atividade se desenvolveu no final da década de 1940. Tendo por proposição básica, os efeitos da diminuição dos níveis de atividade sobre o surgimento de patologias; buscou associar as patologias a essa diminuição

(SIQUEIRA, 2001). Para a manutenção de um autoconceito positivo e a ampliação das possibilidades de adaptação, os idosos devem substituir os papéis sociais perdidos em virtude do envelhecimento por outros (NERI, 2013). Assim, essa teoria propõe um sistema de manutenção da participação social do idoso, mesmo que em papeis sociais diferentes dos usualmente desempenhados no decorrer da vida.

Em contradição ao que estava sendo proposto

> a teoria do desengajamento questionou quase todos os pressupostos gerontológicos sobre os desejos das pessoas idosas em relação ao trabalho, ao afirmar que as pessoas idosas desejam reduzir seus contatos sociais, e que com isso se sentem mais felizes e contentes. A atividade continuada, um valor da meia idade, é questionada como um valor necessário para os idosos, pois isso leva em algum momento no processo do envelhecimento a um conflito entre a continuidade da atividade e da expansão, de um lado, e o enfrentamento subliminar com o final da vida, de outro lado (DOLL ET AL, 2007, p. 14).

Sendo o desengajamento um afastamento natural e normal das pessoas que envelhecem dos papéis sociais e das atividades da vida adulta, paralelamente a esse afastamento, ocorreria aumento da preocupação com o self e declínio do envolvimento emocional com os outros (NERI, 2013). Esse desengajamento poderia ocorrer partindo da própria pessoa que está envelhecendo, bem como da sociedade (DOLL ET AL, 2007).

A teoria da modernização descreve a relação entre a modernização e as alterações nos papeis sociais desempenhados pelos idosos e o *status* atrelado a esses indivíduos. De acordo com Siqueria (2001) o principal argumento dessa teoria é de que o *status* da pessoa idosa está diretamente relacionado ao nível de industrialização da sociedade na qual está inserido. O *status* social do idoso vai sendo modificado cronologicamente de maneira curva e não linear.

Doll et al (2007) afirma que nas sociedades primitivas, onde a caça era a principal atividade, os idosos possuíam baixo *status* social. Ao adentrar no período em que a agricultura se torna principal atividade e a posse de terra se configura como principal instrumento da economia, os idosos atingem um topo no seu *status* social, contudo, com a chegada da modernização, a agricultura decai, a urbanização aumenta, bem como os núcleos familiares e, assim, o *status* social da pessoa idosa decai fortemente.

ISBN 978-65-86901-26-9

Por último, a teoria da subcultura, apresenta como principal argumento a existência de uma cultura específica do público idoso, gerada pelo aumento das relações sociais entre eles e a exclusão dos demais segmentos e grupos sociais (SERAFIM, 2007; SIQUEIRA, 2001) o que configura o surgimento de grupos ativistas de apoio as causas do idoso, grupos de convivência e uma predileção nas relações com pessoas da mesma geração.

Encerrando as discussões sobre as teorias do envelhecimento e, a partir do que foi exposto sobre as diversas razões pelas quais o envelhecimento ocorre ou pode ser compreendido, se faz necessária a apresentação de algumas alterações biopsicossociais que são características a esse processo, a fim de ampliar a análise do mesmo.

Alterações biopsicossociais podem ser caracterizadas por aquelas que estão relacionadas ao aspecto físico (diminuição da capacidade auditiva, cabelos esbranquiçados e etc), psicológico (aumento da incidência de depressão, etc) e social (relações familiares, relações intergeracionais, etc).

A partir da identificação das diversas teorias e suas categorias, é possível também identificar e compreender as principais alterações relacionadas a cada uma dessas áreas (biológicas, psicológicas e sociais). Assim, pontuamos a seguir algumas alterações evidenciadas no processo de envelhecimento, seguindo a divisão proposta para a compreensão das teorias do envelhecimento.

## Alterações Biológicas

De acordo com Papalia, Olds e Feldman (2010) algumas mudanças físicas são características do processo de envelhecimento, apesar de ocorrerem de maneiras diferentes de indivíduo a indivíduo, pois alguns organismos entram em declínio mais rapidamente que outros, bem como situações exógenas atuantes no organismo geram, também, respostas diferentes ao envelhecimento.

O esbranquiçar dos cabelos, a perda da elasticidade e do brilho e ganho de rugas na pele, o surgimento de varizes nas pernas, as pálpebras superiores se tornam mais flácidas, diminuição da capacidade auditiva e visual, perda de massa muscular e força muscular, redução do tamanho devido à diminuição dos discos vertebrais. Essas são algumas alterações visíveis e conhecidas do senso comum, porém ainda ocorrem mudanças que afetam os órgãos internos, o cérebro, o funcionamento sexual, funcional e motor, ou seja, o organismo em geral (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2010; PEREIRA, 2016).

ISBN 978-65-86901-26-9

> As repercussões funcionais do envelhecimento fisiológico (senescência) do SNC[12] são controversas e não afetam significativamente as funções cognitivas[13]. [...] Observam-se, clinicamente, lentificação no processamento cognitivo, redução da atenção (déficit atentivo), mais dificuldade no resgate das informações aprendidas (memória de trabalho) e redução da memória prospectiva ("lembrar-se de lembrar") e da memória contextual (dificuldades com detalhes). [...] A velocidade na qual a informação é processada representa a alteração mais evidente do idoso. A lentidão cognitiva influencia todas as outras funções e pode ser responsável pelo déficit cognitivo em idosos. A lentidão no processamento de informações é observada em idosos em sua dificuldade em compreender textos, necessidade de explicações mais ricas e extensas e de mais tempo para executar cálculos (MORAES, MORAES e LIMA, 2010, p. 69).

## Alterações Psicológicas

As alterações físicas não são as únicas durante a chegada à velhice. De acordo com Zimerman (2000), o processo de envelhecimento traz consigo uma série de mudanças psicológicas, a saber

- dificuldade de se adaptar a novos papeis;
- falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro;
- necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais;
- dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos velhos;
- alterações psíquicas que exigem tratamento;
- depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídios;
- baixa auto-imagem e auto-estima (ZIMERMAN, 2000, p. 25)

Essas alterações elencadas acima não são as únicas, contudo são as mais frequentemente associadas a esse processo. Ainda nesse mesmo estudo, Zimerman (2000) afirma que a hereditariedade, a história e a atitude de cada indivíduo durante o processo de envelhecimento está diretamente relacionado a como essas alterações irão aparecer ou em qual nível irão afetar a vida dos mesmos.

12 Sistema Nervoso Central

13 "O termo cognição corresponde à faixa de funcionamento intelectual humano, incluindo percepção, atenção, memória, raciocínio, tomada de decisões, solução de problemas e formação de estruturas complexas do conhecimento" (MORAES, MORAES e LIMA, 2010)

ISBN 978-65-86901-26-9

## Alterações Sociais

Papalia, Olds e Feldman (2010) afirma que essas alterações podem influenciar, ainda, a participação de idosos na busca por novos aprendizados, pois os idosos aprendem melhor quando o processo educacional considera as suas necessidades específicas e compreendem as alterações cognitivas que o processo de envelhecimento acarreta no organismo. Contudo, continuar a aprender pode proporcionar a oportunidade dos idosos permanecerem mentalmente mais alertas (PAPALIA, OLDS E FELDMAN 2010).

Há ainda uma associação do envelhecimento com a sabedoria, como se a pessoa idosa fosse, inexoravelmente, uma pessoa sábia (GONÇALVES, LAMELA E BASTOS, 2013;

PAPALIA, OLDS E FELDMAN 2010). Sternberg (1998) aponta que a sabedoria pode ser compreendida como uma forma de inteligência, ligada a aspectos práticos. Isso pode estar relacionado ao que Baltes e seus colegas (1997), de acordo com Papalia, Olds e Feldman (2010), verificaram ao apontar seu *modelo de processo dual*[14], argumentando que a pessoa com idade mais avançada pode possuir um maior desenvolvimento da dimensão *pragmática da inteligência*[15], o que explicaria a tendência de associar a sabedoria à pessoa idosa.

Foi verificado por Papalia, Olds e Feldman (2010), embasada no estudo de Carstensen (1996), que com a chegada da idade mais avançada as pessoas tendem a designar menos tempo para estar com outras pessoas. "A interação social está associada à saúde e ao isolamento, e é um fator de risco de mortalidade" (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2010, p. 679).

## Resultados e discussão

Os achado de Cavalcanti (2018) na aplicação da Escala Todaro indicou que as crianças (n=92) possuiram atitudes mais positivas em relação a velhice, alcançando 1,53 pontos (dp=0,33). Essa pontuação aponta para uma atitude

14 "Modelo de funcionamento cognitivo, proposto por Baltes, que identifica e busca medir duas dimensões da inteligência: mecânica e pragmática" (PAPALIA, 2010).

15 Dimensão da inteligência que tende a crescer com a idade e inclui pensamentos práticos, aplicação de conhecimento e habilidades técnicas, conhecimento especializado, produtividade profissional e sabedoria (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2010).

ISBN 978-65-86901-26-9

mais positiva das crianças, tendo em vista que quanto mais próximo de um (01) mais positiva é a atitude e quanto mais próximo de três (03), mais negativa.

Luchesi (2011), em sua pesquisa utilizando a mesma escala, observou uma pontuação semelhante. Em seu estudo a média atingida pelas crianças (n=57) foi 1,59, configurando também uma atitude positiva sobre a velhice.

Na pesquisa que culminou na construção da Escala Todaro para avaliação de atitudes de crianças em relação à velhice, Todaro (2008) aplicou a escala a duzentas e quarenta e oito crianças, com sete a dez anos, e obteve de média, inicialmente, 1,52 pontos, e após intervenções educacionais, obteve 1,38 pontos de média.

Dessa forma os resultados encontrados por Cavalcanti (2018) confirma os achados das duas autoras anteriormente aqui citadas, no que se refere as atitudes de crianças em relação a velhice, e, também, confirma os achados de Herrera (2000), Pinquart, Wenzzel e Sörensen (2000), Newman, Faux e Larimer (1997), que apontam em suas pesquisam uma prevalência de atitudes positivas em relação à velhice por parte das crianças.

Outro ponto relevante foi a relação entre convivência com idosos e as médias obtidas. Todaro (2008), ao verificar essa relação, não encontrou uma influência significativa, percebendo, entretanto, uma ligação entre a maior convivência com uma melhor pontuação no domínio cognição.

De acordo com Pinquart, Wenzzel e Sörensen (2000), não é claro na literatura a influência da convivência com idosos na mudança das atitudes de crianças em relação à velhice, contudo, eles, em sua pesquisa, verificaram que a relação intergeracional leva a ganhos para ambos os grupos, sendo possível eliminar estereótipos através dessas relações. Todavia, apesar de não ser clara a relação da convivência com a construção das atitudes das crianças é possível verificar que a atitude que a criança tem em relação a um idoso que com ela convive tende a ser replicada a outros, pois a "experiência pessoal com um idoso parece generalizar para outros adultos idosos" (McGuinn e Ashley, 2002, p. 572. *Tradução do autor*), o que reflete a importância dessa relação ser positiva.

De forma geral, é possível identificar que as atitudes de crianças tendem a ser mais positivas, pricipalmente quando são mais novas (CAVALCANTI, 2018; TODARO, 2008; LUCHESI, 2013; MCGUINN E ASHLEY, 2002). Porém, também é identificável, que os pares que possuem pontuações mais negativas são aqueles que estão ligados a cognição.

Em um estudo onde foi analisada as representações sociais de velhice, envelhecimento e idoso veiculada por livros infanto-juvenis, Ferreira Et al. (2015) verificou que o significado de velhice estava geralmente associado à

doenças e dependência. Os livros analisados nessa pesquisa eram aqueles que fazem parte do Programa Nacional Biblioteca da Escola, sendo assim, aqueles que são distribuídos nas escolas públicas por intermédio do MEC.

Esses achados indicam uma maior aproximação das concepções sobre a velhice baseadas em aspectos biológicos, dando-se maior ênfase as alterações oriundas da velhice, e também associando esse indivíduo a doença. Contudo, como já indicado nesse trabalho, Hayflick (1996) argumenta que não se pode entender a velhice como uma doença, tendo em vista as diversas especificidades de sua existência.

## Considerações finais

Percebe-se a nessecidade de ampliação dos debates sobre o envelhecimento, para além de aspectos biológicos. Compreendendo que esse fenômeno é irreversível, comum a todos, porém, diverso. O processo de envelhecimento, como visto, atua no organismo de forma profunda, alterando maneiras de funcionamento que antes eram usuais e que com a chegada da velhice vão sendo modificadas e necessitam de novas formas de lidar.

As relações sociais, como por exemplo, as relações familiares, a influência da pessoa idosa sobre a educação dos mais novos, as experiências de perda de cônjuges, a aposentadoria e a relação com o trabalho e tantas outras, estão, ainda, no centro da qualidade de vida das pessoas idosas, sendo influenciadas, também pelas alterações fisiológicas, cognitivas e psicológicas pelas quais o indivíduo idoso passa (GONÇALVES, 2010; MORAES, MORAES e LIMA, 2010; PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2010; PEREIRA, 2016).

Diante do que foi exposto no decorrer desse trabalho, é possível verificar, ainda, que essas atitudes negativas em relação à cognição pode interferir na forma como as crianças percebem o idoso em sua relação com a saúde e autonomia, pois se os idosos são bobos, distraídos, e outros adjetivos relacionados a categoria cognição, então a sua autonomia (elemento essencial para a saúde do idoso) estaria prejudicada de forma considerável, estando, assim, prejudicado, adoentado, com perdas de sua funcionalidade.

Por fim, é necessário pontuar que as atitudes são possíveis de serem mudadas, porém quanto mais velhos ficamos, mais difícil se torna essa mudança. Assim, a relevância de ações educativas sobre a velhice já na escola parece ser uma ferramente que tem grande potencial de colaborar com a superação de uma visão biologicista da velhice e ampliar assim o debate sobre essa temática.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

CARVALHO, J. A. M.; RODRÍGUEZ-WONG, L. L. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Nº 3, p. 597-605, 2008.

CAVALCANTI, E. W. de O. **O lugar da velhice na escola: atitudes de crianças em relação velhice**. 2018, 89 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

CUNHA, G. **Mecanismos biológicos do envelhecimento.** In: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2011.

DOLL, J. et al. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. **Estud. Interdiscip. Envelheci.** Porto Alegre, v. 12, p. 7-33, 2007.

FERREIRA, C. P. S; ET AL. A visão do envelhecimento, da velhice e do idoso veiculada por livros infanto-juvenis. **Saúde soc**. São Paulo, v. 24, Nº 3, p. 1061-1075, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000301061&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 June 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015133362

FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa.** 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002. GONÇALVES, C. D. **Sabedoria e educação:** um estudo com adultos da Universidade Sénior. 2010. 401 f. Dissertação (Mestrado em Educação e Formação de Adultos e Intervenção Comunitário) – Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra. 2010.

GONÇALVES, R., LAMELA, D., & BASTOS, A. (2013). Envelhecimento e sabedoria: só idade não basta. **Actas de Gerontologia.** Porto, v. 1, Nº 1, p. 1-10, 2013.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos.** Rio de Janeiro: Editora Campus, 1996. HERRERA, B. S. Actitud de los niños de la escuela serrezuelita de funza frente a los ancianos. **Actualizaciones en Enfermaria.** v. 3, Nº 4, p. 10-17, 2000. Disponível em: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-34/enfermeria3400-actitud/. Acesso em: 23 Mai 2018

LUCHESI, B. M. **Crianças que convivem com idosos:** atitudes em relação à velhice e percepção sobre a demência.2011, 192 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

MCGUINN, K. K; ASHLEY, P. M. M. Children's fears about personal aging. **Educational Gerontology.** San Francisco, v. 28, Nº 7, p. 561-575, 2002. DOI: 10.1080/03601270290099769 MINAYO, M. C. S.; (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MOLINA NETO, V.; TRIVIÑOS, A. N. S. (Org.). **A pesquisa qualitativa em Educação Física:** alternativas metodológicas. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, **2010**.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais,** Belo Horizonte, v. 20, Nº 1, p. 67-73, 2010. MOREIRA, V. G. Biologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

NERI, A. L. Conceitos e teorias sobre envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do envelhecimento:** uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 2013.

NEWMAN, S.; FAUX, R.; LARIMER, B. Childern's views on aging: their atitudes and values. **The Gerontologist.** Oxford, v. 37, Nº 3, p. 412-417,1997.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Organização PanAmericana de Saúde, 2005.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** Tradução: Carla Filomena Marques Pinto Vercesi et al. 10 ed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

PEREIRA, S. R. M. **Fisiologia do envelhecimento.** In: FREITAS, E. V.; PY, L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

PINQUART, M. WENZEEL, S. SÖRENSEN, S. Changes in attitudes among children and elderly adults in intergenerational group work. **Educational Gerontology.** Calgary, v 26, Nº 6, p. 523-540, 2000. DOI: 10.1080/03601270050133883

SERAFIM, F. M. M. P. **Promoção do bem estar global na população sénior**: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas. 2007, 301 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) – Universidade do Algrave, Faro.

SIQUEIRA, M. E. C. Teorias Sociológicas do Envelhecimento. In: NERI, A. L. **Desenvolvimento e Envelhecimento**: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Campinas: Papirus, 2001.

STERNBERG, R. J. A Balance Theory of Wisdom. **Review of General Psychology.** Washington, v. 2, Nº 4, p. 347-365, 1998.

TODARO, M. DE ÁVILA. Construção da Escala Todaro: atitudes de crianças em relação a idosos. **Horizontes**, v. 35, n. 1, p. 141-150, 1 maio 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.

TRENCH, B.; ROSA, T. E. C. **Nós e o outro:** envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice:** Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTE IDOSA COM PÉ DIABÉTICO INTERNADA EM UNIDADE HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Claudia Torres de Medeiros[1]
Maria Cecília Queiroga dos Santos[2]

**Resumo:** As alterações microvasculares nos pés das pessoas com DM costumam surgir cerca de 10 anos após o início da doença, apresentam fisiopatologia complexa e envolvem múltiplos processos, sendo a hiperglicemia prolongada o elo entre os três pilares responsáveis pela formação da úlcera no pé: neuropatia, isquemia e infecção. Sendo assim, o presente estudo possui como objetivo relatar os cuidados de enfermagem na assistência a paciente idosa com múltiplas morbidades, em destaque para os cuidados com a ferida do pé diabético, a partir da experiência na disciplina prática de Saúde do Idoso. As complicações da DM2, em especial a neuropatia periférica associadas a um déficit do autocuidado, implicam em muitas comorbidades aos pacientes, que acabam por influenciar em seu estilo e qualidade de vida, bem como em sua autonomia e independência. Sendo assim, conclui que a equipe multidisciplinar se faz de extrema importância para o tratamento de úlceras e cuidados com pacientes em pós amputações, devendo este cuidado ser realizado ainda a nível de atenção primária. A experiência foi exitosa para o processo de formação, uma vez que foi possível durante os dias de vivência da disciplina Prática Saúde do Idoso no serviço de referência para o atendimento a pessoas com DM, hospital de ensino, acompanhar a mesma paciente idosa sendo possível desenvolver todas as etapas do processo de enfermagem, ou seja, o cuidado como deve ser, mais efetivo e individualizado.
**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Saúde do Idoso; Pé diabético.

1 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB, docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG; anaclaudia.tm@hotmail.com

2 Graduanda do Curso de Enfermagem da UFCG, queirogamariacecilia@gmail.com

## Introdução

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que se caracteriza como um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION - IDF, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD, 2017). Os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência dessa doença são a urbanização, o sedentarismo, o envelhecimento populacional, dietas pouco saudáveis e a obesidade, trazendo grandes consequências sociais e econômicas (SANTOS *et al.*, 2015).

Uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre as pessoas com DM são as doenças cardiovasculares (SBD, 2017) em que as principais complicações observadas são os distúrbios microvasculares e macrovasculares, que resultam em retinopatia, nefropatia, neuropatia, doença coronariana, doença cerebrovascular e doença arterial periférica (IDF, 2017).

As alterações microvasculares nos pés das pessoas com DM costumam surgir cerca de 10 anos após o início da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2014), apresentam fisiopatologia complexa e envolvem múltiplos processos, sendo a hiperglicemia prolongada o elo entre os três pilares responsáveis pela formação da úlcera no pé: neuropatia, isquemia e infecção (MATIAS *et al.*, 2013).

O pé diabético é uma das complicações mais temidas do DM devido à deficiência que gera e suas repercussões na qualidade de vida das pessoas que dela sofrem. É a causa mais comum de internação e tem como definição um pé acometido por ulceração que está associada neuropatia e/ou doença arterial periférica do membro inferior em um paciente com diabetes. A prevalência de ulceração do pé na população diabética é de 4 a 10%. Estima-se que cerca de 5% de todos os pacientes têm história de ulceração nos pés, enquanto o risco ao longo da vida de desenvolver essa complicação é de 15%. Cerca de 10-15% das úlceras do pé permanecerão ativas e 5-24% delas irão eventualmente levar à amputação do membro dentro de 6-18 meses após a primeira avaliação (ALEXIADOU; DOUPIS, 2012).

As causas fisiopatológicas das complicações que levam um pé normal, se tornar um pé de risco e evoluir ao chamado "pé diabético" são várias, mas destacam-se a neuropatia periférica (90% dos casos), doença arterial periférica e deformidades e comprometimento da função imune (PINHEIRO, 2016).

ISBN 978-65-86901-26-9

Os comportamentos adequados de autocuidado podem reduzir o risco de lesões, infecções e amputações em pessoas com pé em condição de risco. Esses comportamentos incluem verificações diárias dos pés e calçados, higiene diária e adequada, não andar descalço, usar calçados adequados, aparar corretamente as unhas, evitar o uso de material abrasivo, cuidados profissionais precoces com feridas abertas e lesões nos pés e exames de rotina nos pés. São realizados por profissional treinado para identificar complicações do pé diabético. Um aumento de úlceras e amputações nos pés tem sido encontrado em pacientes que não adotam essas práticas (BONNER; FOSTER; SPEARS-LANOIX, 2016).

Durante os estágios iniciais do diagnóstico, a equipe multidisciplinar deve fazer recomendações de tratamento com base na gravidade da isquemia e no grau de infecção. Se o pé não puder ser preservado, pode ser realizado um desbridamento completo durante os estágios iniciais para reduzir os efeitos adversos no corpo, em combinação com o tratamento padrão, e as condições para amputação devem ser alcançadas da maneira mais conveniente possível. A cooperação multidisciplinar e a otimização do cronograma de tratamento são necessárias se houver uma possibilidade remota de preservar qualquer parte do pé ou dos dedos dos pés (WANG *et al.,* 2019).

Entende-se que para que o cuidado seja efetivo e individualizado torna-se necessário utilizar o Processo de Enfermagem, o qual consiste em um método assistencial que contribui para a execução profissional da enfermagem como ciência. É composto por cinco etapas: coleta dos dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento do cuidado, implementação e avaliação de enfermagem. Favorece as ações interdependentes, pois implica no uso de uma linguagem padronizada, facilitando a comunicação entre a equipe de enfermagem e também com outros profissionais. Além disso, o enfermeiro pode acompanhar, entender e dar continuidade ao raciocínio clínico e ao trabalho iniciado pela equipe de enfermagem, favorecendo assim a otimização do cuidado e maior segurança ao paciente (HORTA, 1979).

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes: I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, com o objetivo de obter informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados

na primeira etapa, que resulta na tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas. IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009).

Sendo assim, o presente estudo possui como objetivo relatar os cuidados de enfermagem na assistência a paciente idosa com múltiplas morbidades, em destaque para os cuidados com a ferida do pé diabético, a partir da experiência na disciplina prática de Saúde do Idoso.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre os cuidados de enfermagem na assistência a paciente idosa com ferida do pé diabético internada em um serviço de referência para o atendimento a pessoas com DM, hospital de ensino, localizado no município de Campina Grande -PB durante o mês de novembro de 2019.

Na ocasião da disciplina prática de Saúde do Idoso, do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, realiza-se o processo de enfermagem aplicando-se um instrumento utilizado pelo próprio serviço elaborado com base nas Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979) e a aplicação de escalas específicas a faixa etária, tais como Escala de Barthel, Mini exame do Estado Mental e Escala de Depressão Geriátrica.

Sabe-se que a elaboração dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) como etapa do processo de enfermagem é fundamental para o levantamento de problemas significativos a partir de dados levantados, tornando possível a identificação das necessidades afetadas (DEBONE, 2017). Para isso, foram utilizadas as classificações utilizadas pelo referido serviço: North American

Nursing Diagnosis Association (NANDA) 2018/2020 para a elaboração dos diagnósticos, a Nursing Outcomes Classification (NOC) para o delineamento dos resultados esperados e a Nursing Interventions Classification (NIC) para definir as intervenções a serem realizadas.

## Resultados e discussão

Como ciência, a Enfermagem ainda busca a estruturação dos seus valores profissionais, com isso, para que o enfermeiro possa realmente construir sua identidade no campo da assistência e desmistificar conceitos e posturas como os de submissão à classe médica, é preciso, sobretudo, que se abandone o uso de intervenções não planejadas, sem justificativa científica e reflexão. O processo de enfermagem é a representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio da qual ocorre o desenvolvimento e organização do trabalho da equipe em que o enfermeiro é responsável (MARIA; QUADROS; GRASSE, 2012).

A assistência de enfermagem deve ser sistematizada por meio do processo de enfermagem, com o objetivo de favorecer atendimento eficiente e cuidados individualizados. Ao ser incorporado como eixo estruturante da prática clínica profissional, o processo de enfermagem contribui para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. Sua utilização deve ser registrada formalmente e envolve um resumo dos dados coletados, os diagnósticos de enfermagem, as intervenções propostas, e os resultados alcançados (COFEN, 2009).

Sendo assim, o primeiro passo realizado durante a assistência a paciente idosa com ferida do pé diabético internada em um serviço de referência para o atendimento a pessoas com DM foi a Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem). Foram obtidos os seguintes dados:

### Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem)

**Admissão – 1ª Internação (junho/2019)**: Paciente, 64 anos, sexo feminino, casada, católica, com ensino fundamental incompleto, com retinopatia diabética foi internada para tratamento de pé diabético. Em sua primeira admissão no mês de junho de 2019, relatou que há 3 meses foi picada por um mosquito no dorso do pé esquerdo, o que causou prurido, eritema e edema

ISBN 978-65-86901-26-9

local, sendo que a paciente relata alergia à picada de inseto, DM tipo 2 há 20 anos e hipertensão há 5 anos, além de episódio de queda há 15 dias. A ferida evoluiu com piora apesar das terapêuticas estabelecidas (antibioticoterapia e curativo com "pomada" – conforme relato da paciente). Foi encaminhada para o referido hospital pela Unidade de Pronto Atendimento - UPA onde ficou 10 dias internada. Faz uso dos seguintes medicamentos: insulina NPH (17 + 0 + 3) e Regular (3 + 0 + 2), AAS 100mg; Hidroclorotiazida 25mg; Captopril e Enalapril 20mg 12/12h. À admissão relatou queixas de cefaleia e tontura, disúria, dor em baixo ventre, palpitações e apresentou tosse seca. G4P3A1, sendo os três partos por cirurgia cesariana. Negou tabagismo, etilismo e uso de drogas. Não possui esgoto ou coleta de lixo em sua residência, mas possui água encanada. Sua casa é de alvenaria e mora com o marido e um filho. Quanto à dieta, costuma comer bolacha de água e sal ou pão com chá no café da manhã; feijão verde, farinha, verduras, legumes e peixe no almoço e sopa de carne no jantar. Não realiza dieta hipossódica.

## Registro da assistência de enfermagem a paciente – novembro/2019

Paciente EGR, consciente, orientada no tempo e espaço, restrita ao leito, com acuidade visual e auditiva diminuídos. Aos SSVV: SPO2 = 99% (ao ar ambiente); FC = 79 bpm; FR = 16 rpm; Temperatura = 36,7°C; PA = 150x100 mmHg; HGT = 201mg/dL (às 10:34h). Ao exame físico, couro cabeludo íntegro, sem alterações, pupilas isocóricas, não reagente, nariz íntegro, normo-posicionado e sem desvio, cavidade oral com ausência de elementos dentários e higiene preservada, pavilhão auricular e ouvido interno íntegro, com higiene preservada. Linfonodos retroauriculares, cervicais, supra e infraclaviculares não palpáveis. Tórax do tipo normal, com expansibilidade preservada, à ausculta MV+ com crepitação em base de ambos os pulmões; BRNF em 2 tempos. Abdome globoso, cicatriz umbilical normocentrada, à ausculta abdominal RH + e hipoativos em QSD e QID, Teste de Piparote negativo, com som de percussão maciço em todos os quadrantes, depressível e doloroso à palpação (10 na escala de dor) em todos os quadrantes, vísceras não palpáveis. A paciente pontuou 8 no mini exame do estado mental (considerando 20 a pontuação máxima devido a sua deficiência visual), 0 na escala de Barthel (sendo máximo 100) caracterizando uma paciente completamente dependente e, por fim, pontuou 15 na Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15, sendo

quinze a pontuação máxima indicando um possível quadro depressivo. Foi ainda requisitado um parecer do psicólogo no mesmo dia. Turgor diminuído, TEC <2s, pele seca e hipocorada, com presença de onicomicose em unhas do pé direito. Em uso de cateter vesical, com urina de aspecto concentrado, amarelo escuro, com presença de sedimentos; defecação diária, com uso de fralda geriátrica. Acesso venoso periférico em membro superior esquerdo n° 20 com última troca no dia anterior.

Devido as características observadas na paciente durante a assistência de enfermagem, foi solicitada, pela equipe, uma consulta com o psicólogo de plantão no serviço, para que avaliação e suporte pudessem ser fornecidos à paciente. Foi realizada a escuta, a qual constatou que a paciente assume postura pouco colaborativa, autocuidado comprometido e desejo de morrer, portanto foram dadas orientações ao esposo.

Além disso, objetivou-se ainda o foco no tratamento das feridas da paciente, que se mostraram de etiologia complexa, especialmente com base no histórico de internação da paciente devido aos seus problemas com ulcerações.

**Avaliação da ferida do pé diabético:** Ferida em dorso do pé esquerdo do tipo profunda total (grau III) apresentando tecido necrosado no leito, exsudato moderado e purulento, bordas irregulares e área perilesional hiperemiada. Foi realizada limpeza com soro fisiológico a 0,9% e cobertura com gaze e atadura. Realizado debridamento cirúrgico, a partir do qual, a ferida apresentou leito com fibrina, esfacelo e tecido de granulação, bordas irregulares, exsudato moderado e sanguinolento, sendo utilizado água de injeção para limpeza, PHMB para desinfecção, hidrogel como cobertura, gaze estéril e atadura para oclusão.

Já apresentava lesões em membro inferior direito apresentando necrose de coagulação e sinais flogísticos em região perilesional. A "Comissão de Pele" tentou realizar um desbridamento instrumental, porém a necrose estava aderida e se mostrou sangrante à tentativa de manipulação. A paciente recebeu alta após estabilização do quadro.

Foi realizado o curativo realizado em coto à altura da coxa, apresentando pouco exsudato sanguinolento (+/4+) e pontos cirúrgicos íntegros, utilizando soro fisiológico a 0,9% para limpeza, álcool a 70% para assepsia e deixada aberta. Curativo realizado em três feridas localizadas respectivamente em dorso do pé direito (F1), região maleolar do pé direito (F2) e região do calcâneo do pé direito (F3) com aproximadamente 2cm$^2$, 10,5cm$^2$ e 1cm$^2$, respectivamente. Todas apresentaram exsudato amarelo esverdeado em

ISBN 978-65-86901-26-9

quantidade moderada e sem odor, aderido ao leito, com ausência de tecido de granulação. Área perilesional hiperemiada, seca e descamativa. Foi utilizado água de injeção para limpeza, PHMB para assepsia e espuma com PHMB como cobertura e ocluído com ataduras. Para todo o procedimento foi utilizada técnica estéril.

O principal obstáculo encontrado para a realização de um cuidado contínuo no tratamento de feridas foi a falta de diálogo entre a equipe médica com a equipe de enfermagem, pois a primeira, retirava os curativos todos os dias pela manhã, mesmo que essa não fosse a indicação para a troca de determinadas coberturas, forçando a equipe de enfermagem a atrasar o tratamento e acompanhamento/avaliação das feridas.

Por outro lado, a mesma equipe também se mostrou fundamental para o trabalho multidisciplinar investigativo, o que se pode comprovar através dos resultados dos seguintes exames:

Quanto às medicações, a paciente estava em uso de: Dipirona 1g EV 6/6h; (anti-inflamatório AINE); Tramadol 50mg 1 ampola EV em 100ml de SF 0,9% em 30 minutos se dor; (opioide analgésico de ação central); Ondansetrona 8mg EV 8/8h; (antiemético); Insulina NPH conforme HGT; Citalopram 20mg, 1 comprimido, VO, 1x ao dia; (antidepressivo do tipo inibidor seletivo de recaptação de serotonina); Omeprazol EV40mg+diluente, EV, 12/12h; (inibidor da bomba de prótons/protetor gástrico); Carbonato de Cálcio 1500 mg + Colecalciferol 200UI, administrar 1 CPR, VO, 1x ao dia; (prevenção de osteoporose e suplemento ao tratamento com vitamina D); Haloperidol 5mg, administrar 0,2ml, IM. OBS: fazer 0,2ml 30/30min até 5x se agitação; (neuroléptico do grupo das butirofenonas, para controle da agressividade); Nistatina 100000 UI/g + Óxido de zinco 200mg/g, administrar 1g de 24/24h IM (nádegas); (antianginoso); Domperidona 10mg, 1 CPR, VO, de 8/8h. (antidopaminérgico, do grupo dos "modificadores da motilidade gastrointestinal");

Enoxaparina 40mg, administrar SER, SC, 1x ao dia (antiagregante plaquetário para prevenção de trombose venosa profunda); SF 0,9% 500ml, EV, 3x ao dia; Cloreto de Potássio 600mg, administrar 1 DRA, VO, de 8/8h; Cloreto de Potássio 19,1%, administrar 16 AMP, EV, 1x ao dia, diluído em 1000ml de SF 0,9%; Azitromicina 500mg, 1 CPR, VO, 1x ao dia (antibiótico para tratamento da infecção urinária).

## Diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos elaborados a partir da NANDA, os Resultados Esperados elaborados a partir da NOC e as Intervenções realizadas a partir da NIC estão listadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Diagnósticos de enfermagem de acordo com as Necessidades Humanas Básicas afetadas.

| Necessidade Humana Básica | | Diagnóstico de Enfermagem |
|---|---|---|
| **Necessidades Psicobiológicas** | **PERCEPÇÃO: dolorosa** | Dor aguda e crônica relacionada a procedimento cirúrgico, úlcera no pé, pangastrite, infecção urinária e infiltrado pulmonar evidenciada por fácies de dor e relato da paciente. |
| | Dor | |
| | **ELIMINAÇÃO** | Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecçãodotratourinário,prejuízo neuromuscu-lareobstruçãoanatômica evidenciada por dor em baixo ventre e ao urinar e distensão vesical. |
| | Eliminação Urinária | |
| | | |
| | **INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA** | Integridade da pele prejudicada relacionada a procedimento cirúrgico e múltiplas úlceras em pé direito devido a neuropatia diabética evidenciada por exame físico e cuidados com os curativos. |
| | Integridade cutânea | |
| **Necessidade** | **AUTOESTIMA** | Autoestima prejudicada relacionada à condição da paciente evidenciada pelo relato da mesma e resistência ao tratamento. |
| **Psicossocial** | Autoestima | |

**Fonte:** Autoria Própria (2019)

## Planejamento

O Planejamento de enfermagem consiste na determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas frente às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem (COFEN, 2009). Os diagnósticos e suas respectivas intervenções de enfermagem serão listados a seguir:

***Dor aguda e crônica relacionada a procedimento cirúrgico, úlcera no pé, pangastrite, infecção urinária e infiltrado pulmonar evidenciada por fácies de dor e relato da paciente:***

O objetivo desse diagnóstico de enfermagem é a obtenção de um relato de dor controlada (manter em "algumas vezes demonstrado-3" e aumentar

ISBN 978-65-86901-26-9

para "conscientemente demonstrado-5"); e a observação de expressão de alívio da dor (de "entre 9 e dez na escala"-1 para "dor menor que 2 na escala"-5). Foram então propostas as seguintes intervenções: Determinar local, características e gravidade da dor antes de medicar a paciente; Avaliar o nível da dor por meio da escala de dor; Avaliar a etiologia e fatores que interferem na dor; Administrar medicamentos seguindo os 11 certos da enfermagem para alívio da dor; Promover medidas não farmacológicas de alívio da dor e; Promover conforto à paciente.

***Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção do trato urinário, prejuízo neuromuscular e obstrução anatômica evidenciado por dor em baixo ventre e ao urinar e distensão vesical:*** Para esse diagnóstico foram traçados os seguintes resultados esperados: Padrão de eliminação (de gravemente comprometido -1 para não comprometido- 5); Esvaziamento completo da bexiga (de gravemente comprometido -1 para não comprometido-5). Já em termos de intervenção, foram traçadas as seguintes propostas: Avaliar a possibilidade de retirada do cateter vesical; Avaliar distensão da bexiga; Implementar cuidados com a sonda vesical de demora; Medir e registrar diurese, bem como as características da urina; Realizar balanço hídrico e; Estimular hidratação via oral.

***Integridade da pele prejudicada relacionada ao procedimento cirúrgico e múltiplas úlceras em pé direito devido a neuropatia diabética evidenciada por exame físico e cuidados com os curativos:*** O objetivo dos cuidado de enfermagem para esse diagnóstico foi Integridade da pele (de "gravemente comprometido"-1 para "não comprometido" - 5), e foram traçadas as intervenções: Realizar cuidados com os curativos diariamente ou conforme orientação do fabricante de cada cobertura e protocolos da instituição com base na avaliação criteriosa de sua evolução, realizando o cuidado multidisciplinar. Realizar exame físico diariamente observando o surgimento de úlceras por pressão; Mudar decúbito a cada duas horas evitando pôr o peso do corpo sobre o membro amputado; Monitorar rigorosamente glicemia capilar; Investigar outras complicações da DM tipo 2; Avaliar alimentação da paciente bem como seu potencial de autocuidado e independência.

***Autoestima prejudicada relacionada à condição da paciente evidenciado pelo relato da mesma e resistência ao tratamento:*** Para este diagnóstico de enfermagem as intervenções visaram a verbalização de autoaceitação ( de "nunca positivo-1 para "frequentemente positivo"-4), a aceitação de autolimitação (de "nunca positivo-1 para "frequentemente positivo"-4) e a apresentação de

sentimentos de autovalorização (de "nunca positivo-1 para "frequentemente positivo"-4) e as intervenções traçadas foram: Realizar rastreio da depressão a partir da Escala de Depressão Geriátrica (GDS); Solicitar acompanhamento conjunto com o psicólogo; Estimular o autocuidado, bem como a independência e a autonomia da paciente.

## Avaliação de enfermagem

Sabe-se que a avaliação de enfermagem diz respeito a fase na qual o enfermeiro avalia a resposta do paciente às intervenções propostas com o intuito de verificar a necessidade de mudanças ou adaptações na proposta de cuidado inicial (COFEN, 2009).

Durante os dias de acompanhamento a paciente, observou-se que: dor controlada com relato da paciente, sendo continuado o uso dos medicamentos; não se evidenciou melhora da eliminação urinária, pois a paciente ainda continuava em uso de cateter vesical de demora e distensão da bexiga; não foram observados sinais sugestivos de bacteremia ou hiperemia em dispositivos. A paciente recebeu alta em uso de cateter vesical de demora para ser acompanhada em cuidados domiciliares pela Equipe de Saúde da Família.

Sendo assim, a enfermagem necessita desempenhar habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, embasadas nas reflexões do processo saúde-doença, capazes de problematizar o processo vivenciado pelo outro, objeto de seu cuidado (SOUZA *et al.*, 2011; COFEN, 2009).

As comorbidades bem como a gravidade das consequências da infecção no pé diabético devem ser tratadas efetivamente, visto que associados determinam uma evolução grave nesses pacientes, podendo causar morbidade substancial e visitas frequentes a cuidados de saúde profissionais que quando não bem-sucedidos podem levar a amputação (LIPSKY *et al.,* 2012).

Em estudo utilizando terapias integrativas e complementares como o shiatsu para o tratamento de úlceras relacionadas ao pé diabético, observou-se que as intervenções demonstraram que houve redução da dor, do tamanho das lesões, bem como melhora das condições locais das úlceras. As orientações para o autocuidado foram implementadas e foi possível evidenciar a necessidade de racionalizar as ações de saúde bem como a adoção de estratégias eficazes no gerenciamento das úlceras de difícil cicatrização (AGUIAR *et al.*, 2020).

ISBN 978-65-86901-26-9

O mesmo acontece em outros casos, como por exemplo, um caso de múltiplas úlceras por pé diabético de um paciente de 70 anos de idade com história repetida de amputação em que foi tratado por uma abordagem integrada - medicamentos e procedimentos de Ayurveda e Alopatia (BHANDARI *et al.*, 2009).

O combate a DM é um desafio necessário frente aos indicadores de saúde e principalmente às limitações e prejuízos que a mesma tem na qualidade de vida dos pacientes. Nesse sentido se aponta a necessidade dos enfermeiros enfatizarem ações de prevenção, de educação e promoção à saúde, ao invés de apenas reabilitar os pacientes já acometidos pela doença (OLIVEIRA; FERREIRA; COUTINHO, 2018).

A prevenção das complicações do diabetes começa por um bom controle glicêmico, especificamente, para a prevenção do pé diabético recomenda-se a avaliação regular dos pés, o uso de calçados adequados, a educação do paciente e o tratamento precoce das lesões pré-ulcerativas. A ulceração nos pés quando presente, com sinais de infecção, sepse ou isquemia exige atendimento em centro especializado, com tratamento cirúrgico, de revascularização e de reabilitação. A avaliação regular dos pés em pessoas com diabetes com baixo risco para o pé diabético deve ocorrer anualmente. A cada avaliação deve ser enfatizada a importância dos cuidados com os pés e controle glicêmico. Para os pacientes com risco moderado ou alto, como aqueles com uma deformidade no pé ou com diagnóstico de neuropatia periférica ou doença arterial periférica, recomenda-se acompanhamento mais frequente; a periodicidade dependerá da condição do acometimento (MISHRA *et al.*, 2017).

Assim, a assistência de enfermagem por meio do cuidado, orientação e sensibilização destes pacientes é um dos pontos fundamentais para prevenir, melhorar o prognóstico e reduzir as taxas de desenvolvimento de lesões e amputações. A melhor maneira de se evitar o surgimento e o agravamento de complicações é apostando na prevenção (BORGES; BRANDÃO; CARVALHO, 2019).

Em um estudo de coorte realizado com 244 pacientes, sugeriram que o envolvimento de pacientes em um modelo de atendimento multidisciplinar com acompanhamento frequente e educação direcionada pode servir para diminuir as consequências da doença (HICKS *et al.*, 2020).

Em estudo longitudinal paquistanês, foi relatado que no geral, foram observadas tendências decrescentes de amputações da linha de base de 27,5% para 3,92% durante o período de 20 anos, redução significativa nas

amputações dos dedos do pé ([13,81%] vs [8,11%]) e abaixo das amputações do joelho [(5,26%) vs (1,82%)] por meio da abordagem de equipe multidisciplinar (RIAZ *et al.*, 2019).

Já em estudo de coorte realizado na Nova Zelândia, observaram que uma equipe multidisciplinar, além de promover um cuidado mais completo, ainda é capaz de melhorar os resultados do paciente e reduzir o custo do tratamento. Com isso, torna-se cada vez mais evidente que o bom entrosamento da equipe multidisciplinar, integrando as várias áreas do saber fundamental para a recuperação do paciente, além de que o enfermeiro deve ter suas ações bem fundamentadas nas práticas a partir de evidências, focando todo o processo saúde-doença bem como a prevenção, promoção, cura e reabilitação. (JORET *et al.,* 2019).

Reforça-se ainda que o desafio maior da assistência de enfermagem, consiste não só na capacitação dos profissionais para saberem identificar, avaliar e cuidar de pessoas com diabetes, mas também de favorecer o autocuidado e a adesão do tratamento por parte dos pacientes (BREHMER *et al.*, 2020).

A assistência de enfermagem é muito importante para os pacientes nos períodos pré e pós-operatório da amputação. Sua atuação vai desde o apoio psicológico e controle de glicemia até a realização de curativos. Cabe ao enfermeiro que recebe o paciente na Unidade Básica de Saúde dar continuidade à assistência, dando foco ao apoio psicológico, a orientação e supervisão do monitoramento glicêmico de polpa digital e do curativo prescrito (SILVA FILHO *et al.*, 2019).

Estudo realizado com idosos submetidos à amputação refere que o enfermeiro deve ter uma atuação especial junto a estes e suas famílias, orientando-os no processo de reabilitação e promovendo a sua independência e autonomia na realização das atividades da vida diária. O diabético e seus familiares precisam reconhecer que o pé deve ser visto como "pé de risco para o desenvolvimento de úlceras" e serem devidamente orientados sobre os cuidados de rotina que devem ser adotados em casa (KAHN *et al.*, 2016).

## Considerações finais

As complicações do Diabetes Mellitus 2, em especial a neuropatia periférica associadas a um déficit do autocuidado, implicam em muitas comorbidades aos pacientes, que acabam por influenciar em seu estilo e qualidade de vida, bem como em sua autonomia e independência.

ISBN 978-65-86901-26-9

Sendo assim, conclui se que a equipe multidisciplinar se faz de extrema importância para o tratamento de úlceras e cuidados com pacientes pós amputações, devendo este cuidado ser realizado ainda a nível de atenção primária, onde o diagnóstico precoce da doença e o rastreio das complicações se tornam essenciais para evitar quadros que implicam na diminuição da qualidade de vida, tal qual apresentado pela paciente. Ademais, entende-se que a experiência foi exitosa para o processo de formação, uma vez que foi possível durante os dias de vivência da disciplina Prática Saúde do Idoso no serviço de referência para o atendimento a pessoas com DM, hospital de ensino, acompanhar a mesma paciente idosa sendo possível a identificação das suas principais necessidades, em seguida, o planejamento da assistência, implementação e avaliação de enfermagem, ou seja, o cuidado como deve ser, mais efetivo e individualizado.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AGUIAR, J. K. *et al.* Evolução da Cicatrização de Úlceras nos Membros Inferiores de Pacientes em uso de Bota de Una associado ao uso de Shiatsu. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**; **v.12,** p.337-341, 2020.

ALEXIADOU, K.; DOUPIS, J. Manejo de úlceras de pé diabético. **Terapia para diabetes**, v. 3, n. 1, p. 4, 2012.

BHANDARI, M. *et al.* An integrated approach for the management of diabetic foot ulcer: a case report. **J Complement Integr Med** ; v.16, n.3, 2019.

BONNER, T.; FOSTER, M.; SPEARS-LANOIX, E.; Conhecimento de cuidados com os pés relacionados ao diabetes tipo 2 e intervenções na prática de autocuidado com os pés nos Estados Unidos: uma revisão sistemática da literatura. **Diabet Foot Ankle**, 2016.

BORGES, L. R. G.; BRANDÃO, N. de S.; CARVALHO, A. C. G.; A Assistência do Enfermeiro na prevenção do pé diabético em pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 5, n. 5, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BREHMER, L.C. de F.; *et al.* Avaliação dos pés em pessoas com diabetes mellitus hospitalizadas. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 92, n. 30, 2020.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.; WAGNER, C.M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC**. 6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN.** Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009 (BR); 2009.

DEBONE, M. C. *et al*. Diagnósticos de enfermagem em idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 800-805, Aug. 2017.

FRANZEN, E. *et al.* Consulta de enfermagem como instrumento de prevenção e tratamento do pé diabético. **A linguagem do cuidado na era digital: anais**, p.30; 2019.

HICKS, C.W. *et al.* Incidence and Risk Factors Associated With Ulcer Recurrence Among Patients With Diabetic Foot Ulcers Treated in a Multidisciplinary Setting. **J Surg Res**; v.246, p. 243-250, 2020.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF), IDF Diabetes Atlas, 8.ed. **Federação Internacional de Diabetes,** 2017**.**

JORET, M. O. *et al.* Multidisciplinary clinics reduce treatment costs and improve patient outcomes in diabetic foot disease. **J Vasc Surg**; v.70, n.3, p. 806-814, 2019.

JOHNSON. M. *et al*. **Classificação dos Resultados de Enfermagem** - NOC .5. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

KAHN, R. *et al.* **Joslin Diabetes Melito.** 14. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

LIPSKY, B. A. et al. Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections. **Clinical Infectious Diseases,** 2012. Mai. 2017

MARIA, M.A.; QUADROS, F.A.A.; GRASSI, M. de F.O.; Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 2, p. 297-303, Apr. 2012.

MATIAS, N. J. *et al.* O pé diabético com infecção aguda: tratamento no Serviço de Urgência em Portugal. **Revista Portuguesa de Cirurgia**. v.23, p.19-36, 2013.

MISHRA, S. C.; CHHATBAR, K. C.; KASHIKAR, A.; Mehndiratta Abha. Diabetic foot. **BMJ** [Internet]. p. 359-j5064, 2017.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificações 2018-2020.** Porto Alegre: Artmed, 2018.

OLIVEIRA, A. F. *et al.* Estimativa do custo de tratar o pé diabético, como prevenir e economizar recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.6, p.1663-1671, 2014.

OLIVEIRA, H. C. C.; FERREIRA, J. L.; COUTINHO, M. L.; IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E CUIDADO DO PÉ DIABÉTICO. **Semana de Pesquisa da Universidade Tiradentes-SEMPESq**, n. 19, 2018.

PINHEIRO, A. Fisiopatologia detalhada da condição clínica chamada "Pé diabético". **Revista Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia**. v.22, 2016.

RIAZ, M. *et al.* Impact of multidisciplinary foot care team on outcome of diabetic foot ulcer in term of lower extremity amputation at a tertiary care unit in Karachi, Pakistan. **Int Wound J;** v.16, n.3, p.768-772, 2019.

SANTOS, H. D. C. D. *et al.* Escores de neuropatia periférica em diabéticos. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd,** v.13 n.1, 2015.

SILVA FILHO, J. P. *et al.* Os Cuidados de Enfermagem junto ao Paciente com o Pé Diabético. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 1, n. 3, 2019.

SOUZA, C. F. M. *et al.* A Doença de Parkinson e o Processo do Envelhecimento Motor: uma revisão de literatura. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 718-723, Jan. 2011.

WANG, G. G. *et al.* Multidisciplinary approach to scheduling surgery for diabetic foot: a case report. **BMC Musculoskelet Disord** 20, 168. 2019.

# DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM IDOSOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Ana Elza Oliveira de Mendonça[1]
Isabel Pires Barra[2]
Belarmino Santos de Sousa Júnior[3]
Viviane Peixoto dos Santos Pennafort[4]

**Resumo:** Objetivou-se no presente estudo, identificar a produção científica acerca dos principais diagnósticos de enfermagem em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizado em junho de 2020 com artigos indexados à Literatura Latino-Americana e do Caribe de informação em Ciências da Saúde, Medical Literacture Analysis and Retrieval System Online, Bases de Dados de Enfermagem, U. S. National Library of Medicine, Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde e Scientific Electronic Library Online. Os descritores em ciências da saúde "Idoso", "Diálise Renal" e "Diagnósticos de Enfermagem", foram cruzados com o operador booleano "AND" no formulário de busca avançada. A pesquisa encontrou 112 produções científicas, destas, foram selecionados quatro artigos completos publicados entre 2012 e 2019 para compor a revisão. A partir da análise minuciosa dos trabalhos, foram elencados 36 diagnósticos de enfermagem, 21 baseados em problemas reais e 15 em risco. Os principais diagnósticos baseados nos problemas foram: volume de líquido excessivo, eliminação urinária prejudicada, ansiedade, medo e conhecimento deficiente. Enquanto os principais diagnósticos de riscos, foram: risco de infecção, risco

1 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, anaelzaufrn@gmail.com;

2 Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, barraisa20@gmail.com;

3 Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, sousajunyor@gmail.com;

4 Doutora em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará - UECE, vivipspf@yahoo.com.br;

de trauma vascular, risco de desequilíbrio eletrolítico, risco de choque e risco de sangramento. A identificação dos diagnósticos de enfermagem mostrou-se essencial no planejamento dos cuidados sistematizados aos idosos em tratamento hemodialítico.
**Palavras-chave:** Idoso; Diálise renal; Diagnósticos de enfermagem; Processo de enfermagem; Terminologia padronizada em enfermagem.

## Introdução

O crescimento da população idosa no Brasil segue a tendência mundial. Em 2010 existiam 20,5 milhões de idosos e estima-se que em 2040, esse número seja duplicado, representando 23,8% da população brasileira. Esse dado é preocupante ao se considerar que a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é maior em pessoas idosas em comparação a outras faixas etárias. Dentre as DCNT está a Doença Renal Crônica (DRC) com um volume crescente de pessoas acometidas e com necessidade de terapias de substituição renal, se caracterizando como um problema de saúde pública mundial, não só pelos custos financeiros do tratamento, mas também, por seu impacto na qualidade de vida e morbimortalidade (MIRANDA, et al. 2016; DEBONE, et al. 2017; BUDHART, et al. 2019).

Para classificar a DRC em estágios, toma-se por base a Taxa de Filração Glomerular (TGF) ou seja, a capacidade que os rins tem de filtrar o sangue e eliminar substâncias indesejáveis. De acordo com a TFG a DRC é classificada em cinco estágios e são preconizadas recomendações para o tratamento. Contudo, é importante destacar que no quinto estágio é imperioso iniciar uma terapia renal substitutiva, que pode ser a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal (MOURA NETO; MOURA; SUASSUMA, 2017).

A DRC resulta de danos estruturais aos rins, ocasionando perda progressiva e irreversível das funções endócrinas e excretoras. A perda da função renal é geralmente secundária a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), que também são mais comuns em idosos, justificando o crescente número de idosos em tratamento hemodialítico (PEREIRA, et al. 2016; MORAES; OLIVEIRA; PEREIRA, 2017).

De acordo com os dados do Inquérito da Sociedade Brasileira de Nefrologia realizado em unidades de diálise, sobre os pacientes com DRC em tratamento dialítico em julho de 2017, estimou-se que o número total de pacientes em diálise era de 126.583. Dos quais 93,1% estavam em hemodiálise e 6,9% em diálise peritoneal, dos quais 31.226 (24%) pacientes estavam em fila de espera para transplante renal (THOMÉ, et al., 2019).

No Brasil a hemodiálise é a terapia mais difundida e abrange cerca de 90% do total de pacientes em diálise. Esta modalidade terapêutica é realizada por uma máquina responsável pela filtração do sangue por meio de acessos vasculares, em que o volume sanguíneo é impulsionado por um sistema de circulação extracorpórea acoplado a um filtro dialisador artificial, e em seguida

ISBN 978-65-86901-26-9

devolvido ao indivíduo. Esse procedimento promove a remoção de líquidos e de produtos residuais do organismo (BRASIL, 2010; BALBI, et al., 2017).

As pessoas com DRC enfrentam mudanças importantes na rotina e atividades de vida diárias, pois o tratamento geralmente, acarreta limitações e altera o funcionamento físico e emocional. Durante a hemodiálise os principais sinais e sintomas observados são: hipotensão, hipertensão, hipoglicemia, vasoconstrição, cãibras, náuseas e vômitos, síndrome de desequilíbrio, cefaleia, prurido, dor torácica e lombar (ANJOS et al., 2019). Sabe-se que a hemodiálise favorece a manutenção da vida, entretanto, o aumento da expectativa de vida traz como desafio, instituir métodos assistenciais que visem também à promoção e manutenção da qualidade de vida da população idosa (DEBONE, et al. 2017).

Outros eventos adversos que podem ocorrer durante o tratamento hemodialítico consistem na coagulação do circuito sanguíneo e em problemas relacionados aos acessos vasculares, como ausência ou baixo fluxo sanguíneo, sangramentos, infecções (LÓPEZ, et al. 2019).

Percebe-se que a hemodiálise é um tratamento envolto por peculiaridades e diversos eventos adversos. Isto torna o enfermeiro responsável por parte do controle de todos esses aspectos, pois inclui desde a supervisão das ações do técnico de enfermagem a condições dos equipamentos, insumos, gerência dos múltiplos fármacos utilizados no tratamento, manejo do ambiente, para conforto dos pacientes, e controle da infecção (AGUIAR; GUEDES, 2017). Nesta perspectiva, observa-se que os pacientes idosos com DRC, obesos, hipertensos e com hipoalbuminemia apresentam maior probabilidade de intercorrências durante as sessões de hemodiálise (BUDHART, et al. 2019).

Neste contexto, destaca-se que a enfermagem vem desenvolvendo ferramentas, como o Processo de Enfermagem (PE), objetivando melhorar a qualidade do cuidado e contribuir de forma a construir um caminho profissional mais consistente, além do crescimento intenso e aprimorado da profissão (AGUIAR; GUEDES, 2017; POTIGUARA et al., 2019).

Ressalta-se que a enfermagem desempenha um papel importante no que se refere à prestação de cuidados e atendimento das necessidades humanas básicas, para isso necessita de um método que lhe permita realizar uma assistência qualificada por meio de ações organizadas, esse método consiste na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), por meio do PE. O desenvolvimento dessa metodologia requer o desenvolvimento de cinco fases: Investigação, Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e Resultados

Esperados, Implementação e Avaliação (SILVA; GARANHANI; PERES, 2015). O cuidado de enfermagem sistematizado é de extrema importância para garantir segurança ao paciente dependente do tratamento hemodialítico.

Considera-se que existem muitos desafios frente à operacionalização da SAE e do PE, tais como: implementar a SAE e o PE corretamente, criar impressos específicos e informatizados, falta de recursos humanos em enfermagem, administração de tempo entre assistência e gerência de enfermagem e a falta de conhecimentos específicos e necessários. Apesar dessas dificuldades, a Sistematização da Assistência de Enfermagem incrementa a qualidade da assistência, promove autonomia e permite a unificação da linguagem. Representa ainda, o corpo de conhecimento científico próprio do enfermeiro que deve ser assumido, desenvolvido, consolidado e valorizado. Sendo fundamental que se supere a dicotomia histórica que distancia o pensar e o executar, compreendendo a SAE e o PE em sua essência (BOAVENTURA, et al, 2017).

No contexto das terapias renais a implementação da SAE é essencial para identificar os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e nortear o cuidado e a realização de intervenções com base nas necessidades humanas individuais. Com esse entendimento, pode-se afirmar que as intervenções de enfermagem sistematizadas, potencializam a eficiência e conferem maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro. Ressalta-se que a enfermagem se baseia na taxonomia internacional dos DE da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) (HERDMAN; KAMITSURU, 2018).

Frente ao exposto e a relevância de conhecer os diagnósticos de enfermagem em idosos submetidos à hemodiálise, justifica-se a realização do presente estudo. Assim, Sabe-se que a Doença Renal Crônica e as terapias dialíticas impõem modificações importantes no cotidiano dos pacientes, justificando a necessidade de estudos que busquem compreender e identificar suas necessidades e dificuldades individuais.

Dessa forma, objetivou-se identificar a produção científica acerca dos principais diagnósticos de enfermagem em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Os estudos desenvolvidos com esse método reúnem e sintetizam resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e organizada, contribuindo

ISBN 978-65-86901-26-9

com o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (RAMALHO NETO, et al. 2016).

As bases eletrônicas foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literacture Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), *U. S. National Library of Medicine* (PUBMED), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A busca em diversas bases de dados teve como finalidade ampliar o âmbito da pesquisa e minimizar possíveis vieses.

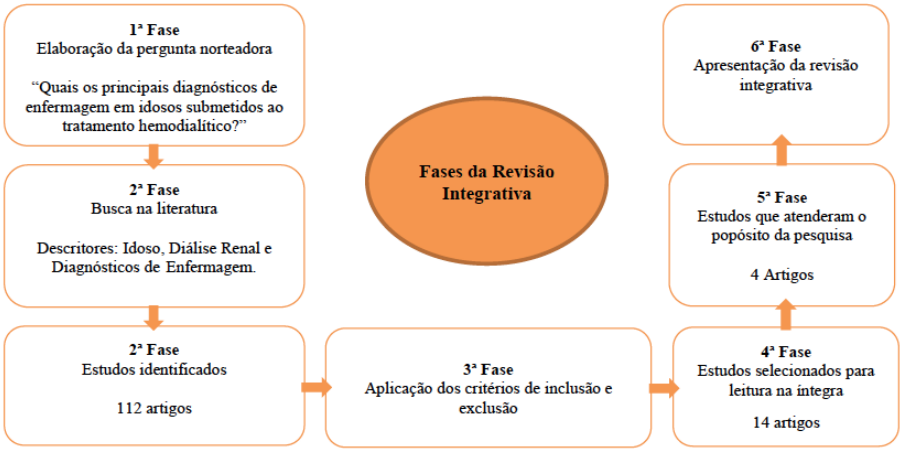
Foi elaborada a seguinte questão norteadora: "Qual a produção científica acerca dos principais diagnósticos de enfermagem em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico?"

Para o levantamento das publicações, foram utilizados os descritores cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Idoso", "Diálise Renal" e "Diagnósticos de Enfermagem". Os cruzamentos foram feitos por meio do moderador booleano "AND" entre os descritores, utilizando o formulário para busca avançada. Essa etapa foi realizada no mês de junho de 2020.

Para refinar as buscas foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos originais, desenvolvidos com idosos renais crônicos em hemodiálise, disponível no formato texto completo e de acesso gratuito, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados no período entre 2010 a 2020. Os critérios de exclusão adotados foram: artigos que não contribuíssem para responder ao questionamento proposto, dissertações, teses, estudos em formato de editorial e carta ao editor.

A partir da busca realizada nas fontes de dados foram encontrados 112 artigos científicos, sendo um na SciELO, cinco na LILACS, 17 na MEDLINE, 82 na PUBMED, oito no IBECS e dois no BDENF. A seleção dos artigos (figura 1) foi realizada por meio da leitura de títulos e resumos de todos os artigos. Os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram analisados integralmente. Com isso, cinco atenderam os critérios de inclusão, sendo dois artigos duplicados, assim, foram selecionados quatro artigos para compor a amostra do estudo.

Figura 1 – Fluxograma da seleção amostral dos estudos incluídos na Revisão.




Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

## Resultados e discussão

Os artigos científicos selecionados foram organizados de acordo com as seguintes variáveis: autores, ano de publicação, título, periódico e fonte de dados, dispostos na Quadro 1, a seguir:

**Quadro 1** - Distribuição dos artigos selecionados segundo autor, ano, título, periódico e fonte de dados, 2020.

| Nº | AUTORES/ANO | TÍTULO | PERIÓDICO/ FONTE |
|---|---|---|---|
| 1 | FERNANDES, M. G. M. et al., 2012 | Diagnósticos de enfermagem do domínio Atividade/repouso evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico. | Revista da Rede de Enfermagem no Nordeste/ LILACS |
| 2 | DEBONE, M. C. et al., 2017 | Diagnósticos de enfermagem em idosos com doença renal crônica em hemodiálise. | Revista Brasileira de Enfermagem/ SciELO |
| 3 | SPIGOLON, D. N. et al., 2018 | Diagnósticos de enfermagem de portadores de doença renal em hemodiálise: estudo transversal. | Revista Brasileira de Enfermagem/ MEDLINE |
| 4 | SIERRA-DÍAZ R,MENDÍAS-BENÍTEZ C., 2019 | Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres venosos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis. | Enfermería de Nefrología/ IBECS |

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Após a análise dos artigos identificou-se que os desenhos metodológicos usados pelos autores foram: descritivo exploratório; transversal, descritivo de abordagem quantitativa; observacional longitudinal e descritivo de abordagem quantitativa. Quanto ao local de realização dos estudos selecionados, um foi produzido em Servilha na Espanha e três no Brasil, nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país.

As populações e amostras foram compostas por no mínimo oito e no máximo 151 pacientes, todos os participantes dessas pesquisas eram submetidos ao tratamento hemodialítico. Em relação ao sexo, observou-se maior frequência de indivíduos do sexo masculino em dois dos estudos e em outros dois, prevaleceu a sexo feminino e as idades foram variadas, com média de 60 a 86 anos.

Os Diagnósticos de Enfermagem inferidos pelos estudos analisados usaram a Taxonomia NANDA-I. Foram encontrados 21 DE baseados em problemas e foram apresentados no Quadro 2.

**Quadro 2 –** Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem baseados em problemas identificados nos idosos submetidos ao tratamento hemodialítico, 2020.

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | ESTUDO | (%) |
|---|---|---|
| Volume de líquidos excessivo | 2 | 100,0 |
| Eliminação urinária prejudicada | 3 | 100,0 |
| Ansiedade | 4 | 100,0 |
| Medo | 4 | 100,0 |
| Conhecimento deficiente | 4 | 100,0 |
| Dor aguda | 4 | 87,5 |
| Proteção ineficaz | 3 | 80,8 |
| Estilo de vida sedentário | 1, 3 | 80,0/57,0 |
| Fadiga | 1 | 80,0 |
| Controle ineficaz da saúde | 4 | 75,0 |
| Intolerância à atividade | 1 | 70,0 |
| Mobilidade física prejudicada | 4 | 62,5 |
| Desesperança | 4 | 62,5 |
| Insônia | 1 | 55,0 |
| Disposição para nutrição melhorada | 3 | 54,3 |
| Deambulação prejudicada | 1, 2 | 50,0/21,4 |
| Dor crônica | 2, 3 | 17,8/54,3 |
| Disposição para conhecimento melhorado | 4 | 50,0 |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| Integridade da pele prejudicada | 4 | 50,0 |
| Padrão de sono prejudicado | 1 | 45,0 |
| Constipação | 2 | 35,7 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quanto aos DE de risco, 15 foram identificados nos idosos investigados pelos estudos e distribuídos no Quadro 3.

**Quadro 3 –** Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem de risco analisados nos idosos submetidos ao tratamento hemodialítico, 2020.

| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM | ESTUDO | (%) |
|---|---|---|
| Risco de infecção | 2,3,4 | 100,0/100,0/100,0 |
| Risco de trauma vascular | 3, 4 | 100,0 /100,0 |
| Risco de desequilíbrio eletrolítico | 2, 3 | 92,8/100,0 |
| Risco de choque | 1 | 100,0 |
| Risco de sangramento | 1 | 100,0 |
| Risco de resposta adversa a meio de contraste com iodo | 3 | 100,0 |
| Risco de perfusão renal ineficaz | 3 | 100,0 |
| Risco de função cardiovascular prejudicada | 3 | 86,8 |
| Risco de perfusão gastrintestinal ineficaz | 3 | 89,4 |
| Risco de perfusão tissular periférica ineficaz | 3 | 76,8 |
| Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída | 3 | 72,2 |
| Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz | 3 | 62,3 |
| Risco de motilidade gastrintestinal disfuncional | 3 | 58,9 |
| Risco de quedas | 3 | 50,3 |
| Risco de integridade da pele prejudicada | 2 | 21,4 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Os DE que mais se destacaram nos estudos foram: os DE baseados no problemas "Estilo de vida sedentária", "Dor crônica" e "Deambulação prejudicada". Já os DE de risco foram: "Risco de desequilíbrio eletrolítico", 'Risco de Infecção" e "Risco de trauma vascular". Nenhum dos DE foram comum em todos os estudos analisados.

Os DE identificados pelos autores que apresentaram frequencia de 100% na população estudada foram: DE baseados no problema "Eliminação urinária prejudicada", "Volume de líquidos excessivo", "Conhecimento deficiente", "Ansiedade" e "Medo". E os DE de risco "Risco de choque", "Risco de desequilíbrio eletrolítico", Risco de perfusão renal ineficaz", "Risco de resposta

adversa a meio de contraste com iodo", "Risco de infecção" e "Risco de trauma vascular".

Quando a assistência de enfermagem se dá em unidades especializadas, como nos serviços de diálise, observa-se maior probabilidade de recorrência de alguns diagnósticos de enfermagem, visto que são pacientes que possuem em comum, na maioria dos casos, a mesma causa de doença base e também de tratamento (AGUIAR; GUEDES, 2017).

Ante aos DE encontrados baseados em problemas, destaca-se a preocupação de alguns pesquisadores quanto ao Volume de líquidos excessivo identificado em pacientes com DRC em tratamento hemodialítico. A partir dessa constatação, idealizaram um estudo quase experimental por meio de uma intervenção educativa e motivacional, a fim de demonstrar aos pacientes os efeitos do excesso de ingestão hídrica. A atividade foi desenvolvida com o auxílio de um vídeo educativo em formato digital, em que demonstrou impacto positivo no controle de ingestão de líquidos nesta população, com diminuição significativa no padrão de ganho de peso nos períodos interdialíticos (OLLER, et al, 2018).

Quanto aos domínios dos DE identificados, destacaram-se o de número 11 relacionados à Segurança/Proteção do paciente, comportando 22,2% dos DE, e o domínio de número 4 relacionado à Atividade/Repouso, o qual correspondeu a 27,7% dos DE. Com isso, esses resultados devem ser levados em consideração na aplicação do Processo de Enfermagem utilizado no cuidado do paciente idoso em terapia hemodialítica.

Corroborando com os achados, um estudo realizado em Barcelona evidenciou que a maioria dos pacientes em tratamento regular por hemodiálise apresentava uma má qualidade do sono, embora não o considerava um problema. Esse fato faz com que não seja tratado adequadamente. Por outro lado, observou-se a relação existente entre os níveis de depressão e ansiedade apresentados pelos pacientes com insônia e a necessidade de melhorar o diagnóstico e o tratamento especializado e multiprofissional da ansiedade e da depressão (GÓMEZ et al, 2018).

Outros pesquisadores ressaltaram que o DE ansiedade associa-se às mudanças que o tratamento agressivo e a patologia trazem para a vida do paciente. Estilo de vida sedentário foi outro DE identificado, justificando-se a presença deste, devido à rotina exaustiva das sessões de hemodiálise, além do desinteresse e desmotivação para a atividade física. Quanto a intolerância à

ISBN 978-65-86901-26-9

atividade, geralmente, está associada à uremia e ao acúmulo de líquidos excessivos que ocasionam dispneia (AGUIAR, et al., 2020).

O DE dor foi identificado em três dos estudos analisados, contudo a dor aguda obteve percentual mais elevado quando comparado à dor crônica. Já em estudo realizado com 146 idosos, identificou-se que a maior parte (74,0%) tinha dor crônica, ou seja, o tempo de duração da dor era maior que um ano e os locais frequentemente referidos foram à coluna lombar e os joelhos (NOBRE et al., 2018).

Três estudos citaram o DE "Risco de Infecção", deve-se atribuir importância a este diagnóstico devido à condição crônica da doença renal, à exposição frequente ao ambiente hospitalar para a terapia hemodialítica e ainda, às punções da fístula arteriovenosa (FAV) ou ao uso do cateter duplo lúmen para hemodiálise, como principal meio de acesso vascular para o tratamento (DEBONE, et al., 2017; SPIGOLON, et al., 2018; SIERRA-DÍAZ E MENDÍAS-BENÍTEZ, 2019).

A infecção é a segunda maior causa de morte entre os doentes renais crônicos e está fortemente relacionada com os acessos vasculares. A forma de desinfecção do local de inserção, de exposição do cateter e múltiplas punções da fístula são fatores que acabam por aumentar o risco de infecção, para isso, a equipe de enfermagem tem um papel fundamental na manutenção desses acessos (SPIGOLON, et al. 2018; SIERRA-DÍAZ E MENDÍAS-BENÍTEZ, 2019).

Considera-se que a enfermagem precisa atentar quanto às características do acesso ideal, o qual deve apresentar fluxo sanguíneo adequado para a realização da hemodiálise, de preferência, em local de fácil manipulação e ausência de hematoma, sangramento ou sinais flogísticos, garantindo assim, sua preservação e prevenção de intercorrências e complicações.

A presença de causas secundárias como a Hipertenção Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*, além de outras enfermidades crônicas e o retardo das respostas imunológicas, que ocorre nos idosos, fazem com que essa população tenha maior suscetibilidade a desenvolver infecções relacionadas com a assistência à saúde. (DEBONE, et al. 2017).

Apenas um estudo não citou o DE "Risco de Infecção", pois os autores tiveram como objetivo identificar os DE presentes no domínio Atividade/Repouso nos idosos investigados utilizando a NANDA-I 2011. Nesse estudo, os DE que se destacaram presente em 100% dos participantes foram "Risco de choque" relacionado à hipotensão, hipovolemia e infecção, e o DE "Risco

de sangramento" relacionado aos efeitos secundários do tratamento, como a administração do anticoagulante heparina, o qual é usado durante as sessões de hemodiálise (FERNANDES, et al., 2012).

Nesse contexto especializado e complexo, Lucena et al (2017) enfatizam que o enfermeiro possui um papel fundamental no cuidado ao paciente em hemodiálise, uma vez que é responsável pelo preparo do paciente para receber essa terapêutica, da unidade e da máquina de hemodiálise, sua instalação e manutenção. Associado a isto, o enfermeiro também responsável por orientar e auxiliar o paciente e sua família a conviver com o tratamento e com as limitações que surgem a partir da doença e de seu tratamento, norteado pela aplicação das etapas do processo de enfermagem, em especial a de intervenção com base no diagnóstico de enfermagem, na busca dos melhores resultados de saúde.

Outrossim, percebe-se a responsabilidade do enfermeiro Nefrologista, justificando o fato de a legislação vigente exigir dos serviços de Nefrologia que o enfermeiro seja, no mínimo, especialista na área. No entanto, apesar de toda capacitação, se fazem necessárias ferramentas que facilitem e viabilizem um trabalho de qualidade e com segurança para o paciente (AGUIAR; GUEDES, 2017; POTIGUARA et al., 2019). Dessa forma, para que o PE seja realizado adequadamente, o enfermeiro deve implementar as intervenções e atividades com o apoio de uma equipe multiprofissional de forma colaborativa e interdependente, a fim de desenvolver ações de educação em saúde, como grupos de apoio e atividades durante as sessões de hemodiálise (AGUIAR, et al., 2020).

Ademais, destaca-se um estudo acerca da aplicação de impressos sistematizados em um setor de hemodiálise em que foi possível identificar situações decorrentes de: mudanças nos hábitos e rotinas; possibilidade eminente de morte; surgimento de conflitos; configuração do convívio familiar e social e redimensionamento da concepção de vida, utilizando-se para isso de linguagem padronizada que é passível de ser compartilhada por enfermeiros de diferentes nacionalidades e assim, operacionalizar a sistematização da assistência de enfermagem em setores de hemodiálise. Esses impressos podem preencher uma lacuna ao possibilitar a captação de respostas humanas de pessoas em hemodiálise e ao subsidiar o planejamento dos cuidados de enfermagem em bases científicas (ARREGUY-SENA, et al., 2018).

Com base nos achados, é possível afirmar que a população idosa estudada apresenta inúmeras particularidades, que demandam atenção da equipe

de enfermagem, dessa forma, destaca-se a importância do PE estruturado para contribuir à qualidade da assistência e individualizar o cuidado. Torna-se evidente a essencialidade do cuidado de enfermagem à pessoa idosa, considerando-se a crescente necessidade de promover e manter o estado funcional de uma população que está em constante ascensão.

Dessa maneira, o cuidado dispensado ao idoso deve ser integral e possuir uma abordagem interdisciplinar, uma vez que o envelhecimento se configura como um processo natural que exige uma avaliação abrangente para aplicar intervenções resolutivas capazes de fornecer uma assistência de enfermagem de qualidade.

## Considerações finais

A identificação dos DE em idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico favoreceu a determinação dos principais riscos relacionados a essa patologia e a terapeutica dialítica. Os principais DE identificados nos estudos encontrados na literatura com idosos em hemodiálise foram inferidos por meio da Taxonomia NANDA-I, que busca instrumentalizar a atuação da equipe de enfermagem no cuidado do idoso, assim propiciar ao paciente um cuidado direcionado às necessidades de saúde afetadas.

Como os DE encontrados nos estudos estão relacionados aos problemas e riscos aos quais os idosos com DRC em hemodiálise estão expostos, fica evidente a necessidade de intervenções interdisciplinares principalmente no controle da retenção hídrica, medo, ansiedade, fadiga, dor, sendentarismo e insônia. E ainda, requer a implementação de ações preventivas ante ao risco de infecção, desequilíbrio eletrolítico, trauma vascular, sangramento, arritmias e quedas, dentre outros.

Devem ser consideradas para o levantamento de DE a presença de outras comorbidades, limitações da idade e a presença de complicações da hemodiálise, que comprometem a saúde desses indivíduos, assim, os DE serão inferidos de maneira precisa, direcionando a implementação da assistencia de enfermagem visando a obtenção de resultados positivos na avaliação do cuidado prestado.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ANJOS, J.S.F. et al.Alterações glicêmicas em idosos submetidos à terapia dialítica: aspectos relevantes para a prevenção. In: **Anais** do VI Congresso Internacional de envelhecimento Humano, v. 1, 2019. Campina Grande/PB. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV125_MD1_SA3_ID99 9_07062019201239.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

AGUIAR, L.L.; GUEDES, M.V.C. Diagnósticos e intervenciones de enfermería del dominio seguridad y protección de los pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Global*, v.16, n.3, p.1-37, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00001.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

AGUIAR, L.L., et al. Clinical judgment in nursing diagnoses of chronic kidney patients on hemodialysis. *Enfermería Global*, v.19, n.58, p.162-173, 2020. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v19n58/pt_1695-6141-eg-19-58-162.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

ARREGUY-SENA, C., et al. Construction and validation of forms: systematization of the care of people under hemodialysis. *Rev Bras Enferm,* v.71, n.2, p.379-90, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200379&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 jun. 2020.

BALBI, A. L., et al. Protocolos clínicos e padronização de condutas em diálise: Unidade de diálise do HC-FMB-Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, 2017. Disponível em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2017/11/Protocolos-cl%C3%ADnicos-e-padroniza%C3%A7%C3%A3o-em-condutas-em-di%C3%A1lise.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2020.

BOAVENTURA, A.P.; SANTOS, P.A.; DURAN, E.C.M. Theoretical and practical knowledge of the nurse on systematization of nursing care and nursing process. *Enfermería Global*, n.46, p.194-205, 2017. Disponível em:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00182.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BUDHART, M.A.C., et al . Factores asociados al desarrollo de eventos adversos en pacientes con hemodiálisis en Guerrero, México. *Enferm Nefrol*, v. 22, n.1, p.42-50, 2019 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842019000100007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2020.

DEBONE, M. C., et al. Nursing diagnosis in older adults with chronic kidney disease on hemodialysis. *Rev Bras Enferm*. v.70, n.4, p.800-5, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0800.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

FERNANDES, M. G. M., et al. Diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico. *Rev Rene*. v.13, n.4, p. 929-37, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4063/3181>. Acesso em: 09 jun. 2020.

GOMEZ, A.V., et al . Relación entre calidad del sueño, ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enferm Nefrol*, v.21, n.4, p.369-376, 2018. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254=28842018000400369-&lng=es&nrm-iso>. Acesso em: 20 jun. 2020.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação*. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

LÓPEZ, V.E.G., et al . Análisis de las medidas correctoras para la disminución de los eventos adversos en una unidad de hemodiálisis hospitalaria. *Enferm Nefrol*, v.22, n.1, p.27-33, 2019. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254=28842019000100005-&lng=es&nrm-iso>. Acesso em: 20 jun. 2020.

LUCENA, A.F., et al. Validação de intervenções e atividades de enfermagem para pacientes em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm*, v.38, n.3, p.e66789, 2017. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rgenf/v38n3/1983-1447-rgenf-1983-144720170366789.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

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*, v.19, n.3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 jun. 2020.

MORAES, F.C.; OLIVEIRA, L.H.S.; PEREIRA, P. C. Efeitos do exercício físico e sua influência da doença renal crônica sobre a força muscular, capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes submetidos à hemodiálise. *Rev Cient FEPI*, v. 10, n. 1, p. 64-87, 2017. Disponível em: <http://www.fepi.br/revista/index.php/revist a/article/view/519/390>.Acesso em: 08 jun. 2020.

MOURA NETO, J. A. M.; MOURA, A. F. S.; SUASSUMA, J. H.R. Renúncia à terapia renal substitutiva: descontinuação e sonegação. *J Bras Nefrol*, v. 39, n. 3, p. 312-322, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/pt_0101-2800-jbn-39-03-0312.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2020.

NOBRE, T.T.X. et al. Caracterização da dor em idosos de um grupo de convivência. *Rev Eletrônica Acervo em Saúde*, v. 10, p. 1669-1675, 2018. Disponível em: < https://doi.org/10.25248/reas228_2018>. Acesso em: 08 jun. 2020.

OLLER, G. A.S.A.O., et al . Clinical trial for the control of water intake of patients undergoing hemodialysis treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* v. 26, e3091, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S0104=11692018000100395-&lng=en&nrm-iso>. Acesso em 20 jun. 2020.

PEREIRA, A. F. B., et al. Perfil Epidemiológico de Pacientes Portadores de Doença Renal Crônica Terminal em Programa de Hemodiálise em Clínica de Santa Cruz do Sul – RS. *13º Congresso Gaúcho de Clínica Médica*. v. 2, n. 7, p. 193-7, 2016. Disponível em: <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/perfil-epidemiolgico-de-pacientes-portadores-de-doena-renal-crnica-terminal-em-programa-de-hemodilise-em-clnica-de-santa-cruz-do-sul-rs-23527>. Acesso em 10 jun. 2020.

POTIGUARA, R.S. et al. Processo de enfermagem à pessoa idosa com insuficiência renal crônica em hemodiálise. . In: **Anais** do VI Congresso Internacional de envelhecimento Humano, v. 1, 2019. Campina Grande/PB. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV125_MD1_SA3_ID91 3_25052019143451.pdf>. Acesso em 10 jun. 2020.

RAMALHO NETO, et al. Nursing Theories Evaluation: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 69, n.1, p.162-8, 2016. Disponível em: < http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i> Acesso em: 10 jun. 2020.

SIERRA-DÍAZ R; MENDÍAS-BENÍTEZ C. Diagnósticos de enfermería en pacientes portadores de catéteres veno-sos centrales transitorios para el tratamiento de hemodiálisis. *Enferm Nefrol*. v.22, n.2, p.194-9, 2019. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n2/2255-3517-enefro-22-02-194.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SILVA, J. P., GARANHANI, M. L., PERES, A. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem,* v. 23, n. 1, p. 59-66, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2020.

SPIGOLON, D. N., et al. Diagnósticos de enfermagem de portadores de doença renal em hemodiálise: estudo transversal. *Rev. Bras. Enferm.* v. 71, n. 4, p. 2014-2020, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S0034=71672018000402014-&lng=pt&nrm-iso>. Acesso em: 08 jun. 2020.

THOMÉ, F. S., et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2017. *J. Bras. Nefrol*. v. 41, n.2, p. 208-214, 2019. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01012800201900020 0208&lng=en>. Acesso em: 08 jun. 2020.

# EFICÁCIA DO USO DE MODELOS ANATÔMICOS TRIDIMENSIONAIS NOS PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS EM IDOSOS

Ketinlly Yasmyne Nascimento Martins[1]
Anna Kellssya Leite Filgueira[2]
Isabella Diniz Gallardo[3]
Rodolfo Ramos Castelo Branco[4]

**Resumo:** O objetivo deste estudo é verificar a eficácia do uso de modelos anatômicos tridimensionais nos procedimentos ortopédicos em idosos. O presente estudo refere-se a uma revisão integrativa da literatura. O levantamento literário foi realizado em quatro diferentes bases de dados eletrônicas. Os termos e entretermos utilizados estavam na língua inglesa, devidamente registrados no Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Os operadores booleanos "OR" e "AND" foram utilizados para causar associação entre os descritores. Duas estratégias de buscas foram montadas para cada base de dado. A seleção e categorização dos estudos encontrados foi feita inicialmente em banco de dados distintos para cada base eletrônica, aplicando os critérios de elegibilidade, posteriormente a leitura dos títulos e, em seguida, a leitura dos resumos. Após seleção, os artigos incluídos foram agrupados em um banco de dado único para que houvesse a exclusão das duplicatas e, por fim, a leitura dos textos na íntegra. Cinco artigos foram selecionados para serem revisados. As literaturas levantadas interagem e concordam em dados estatísticos. Os estudos abordados concentram uma amostragem considerável que fornecem dados confiáveis para tomadas de decisões clínicas. O uso de modelos anatômicos tridimensionais mostrou-se

1 Doutoranda pela Universidade Federal de Campina Grande - PB, yasminefisio@gmail.com;

2 Graduada no Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - PB, annakellssya21@gmail.com;

3 Mestranda da Universidade Estadual da Paraíba - PB, isabellagallardo@gmail.com;

4 Doutorando pela Universidade Federal de Campina Grande-PB, castelobrancorodolfo@gmail.com;

eficaz nos procedimentos ortopédicos em idosos. Em consenso, o estudos constataram a redução da duração cirúrgica, diminuição do volume de perda de sangue e diminuição de frequência da fluoroscopia em cirurgias ortopédicas que utilizam os modelos tridimensionais como suporte.

**Palavras-chave:** Procedimentos ortopédicos, Modelos anatômicos, Idosos, Impressão tridimensional.

## Introdução

A população brasileira envelhece de forma rápida e progressiva, especialmente com o aumento da expectativa de vida. Com avançar da idade, o indivíduo experimenta o declínio dos sistemas orgânicos, associado ao processo do envelhecimento.

Neste processo, todas as estruturas componentes do aparelho locomotor são atingidas, ocorrendo alterações na estrutura óssea, nos músculos, nas articulações, nos tendões e nas várias regiões do organismo, contribuindo para o surgimento frequente de quedas. Outros fatores de risco são identificados como possíveis causadores de quedas em pacientes idosos: déficit visual e auditivo, alteração da marcha, equilíbrio, déficit cognitivo e uso de medicamentos, doenças degenerativas das articulações, fraqueza muscular, demências, etc. (SBOT, 2020).

Segundo dados do Ministério da Saúde, 70% das quedas em pessoas com mais de 50 anos acontecem em casa, principalmente nos banheiros (BRASIL, 2015). No estudo descritivo transversal retrospectivo (SILVA et. al, 2017), o levantamento de 544 prontuários, no hospital público de Paracatu-MG, no período de janeiro a dezembro no ano de 2014, verificou-se que a principal causa dos traumatismos foi acidente por queda (30,5%), em relação a faixa etária, os idosos foram mais acometidos, pois 27,7% destes pacientes tinham idade igual ou maior que 60 anos.

Diante disso, é frequente a necessidade de intervenção cirúrgica nos diferentes distúrbios traumato-ortopédicos, uma problemática que envolve questões como a necessidade de internação hospitalar com maior frequência, maior tempo de internação e reabilitação e maior custo para o sistema de saúde (RODRIGUES; CIOSAK, 2012).

Os idosos frequentemente apresentam comorbidades que não apenas prolongam a recuperação, mas também aumentam o risco de morbidade e mortalidade após a fratura (SBOT, 2019), necessitando intervenções rápidas, porém bem planejadas e precisas, afim de evitar complicações e diminuição das limitações funcionais decorrentes do trauma.

Visando aperfeiçoar os procedimentos cirúrgicos ortopédicos, a aplicação de modelos anatômicos impressos em 3D (conhecidos em meio técnico como biomodelos) para planejamento e simulação da cirurgia, ajuda a reduzir as complicações operatórias e garante uma operação bem-sucedida, tornando-se uma

ISBN 978-65-86901-26-9

importante aliada aos serviços de saúde. (SHUANG, F. et al, 2016; CHEN, C. et al, 2018; WAN, L. et al, 2019)

A tecnologia de impressão tridimensional (3D) ou Manufatura Aditiva (MA) pode ser definida como um processo de fabricação por meio da adição sucessiva de material na forma de camadas, com informações obtidas diretamente de uma representação geométrica computacional 3D do componente originado, geralmente, de um sistema CAD (*computer-aided design*), permitindo fabricar componentes (protótipos, modelos, peças reais, etc) físicos a partir de vários tipos de materiais, em diferentes formas a partir de diversos princípios. (VOLPATO, 2017)

Nos últimos anos, o uso impressão 3D permitiu a fabricação rápida de implantes projetados para cirurgia ortopédica e reconstrutiva, que podem ajudar no pré-operatório preciso planejamento, bem como a simulação da estratégia cirúrgica e melhorar comunicação com os pacientes (JEONG, et al., 2014; LI, et al., 2015)

Estima-se que a economia de tempo e de custos proporcionada pela aplicação das técnicas de impressão 3D na construção de modelos seja de ordem de 70 a 90%. (GARCIA, 2010). A impressão tridimensional possibilita resultados detalhados e altamente fidedignos tornando possível reduzir os erros cometidos e/ou a geração de problemas secundários em cirurgias e, em muitos casos, simular o procedimento cirúrgico (MARTINS, 2015).

Desta forma, devido à ascensão da tecnologia 3D no campo da saúde e o aumento da população idosa no país, o presente estudo objetiva verificar a eficácia do uso de modelos anatômicos tridimensionais nos procedimentos ortopédicos em idosos.

## Metodologia

O presente estudo refere-se a uma revisão integrativa da literatura, desenvolvida com a finalidade de proporcionar um levantamento bibliográfico de pesquisas significativas. Trata-se, portanto, de um desenho metodológico que permite, através de estudos experimentais e não experimentais, gerar um panorama consistente e compreensível do fenômeno analisado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A elaboração do estudo permeou as seguintes etapas metodológicas previamente estabelecidas: 1) Elaboração da questão norteadora; 2) Levantamento literário e determinação dos critérios de elegibilidade; 3) Seleção e categorização

ISBN 978-65-86901-26-9

dos estudos; 4) Análise dos estudos incluídos; 5) Interpretação e discussão dos resultados; 6) Síntese e detalhamento das informações.

A questão norteadora foi baseada na estratégia PICO que representa um acrônimo para Paciente (P), Intervenção (I), Comparação (C), "Outcomes" – desfecho (O) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007) e institui-se como: "A implementação de modelos anatômicos em procedimentos ortopédicos (I) nos idosos (P) é eficaz (O) quando comparado a procedimentos convencionais (C)? ".

O levantamento literário foi realizado em quatro diferentes bases de dados eletrônicas: PubMed Central, ScienceDirect (Elsevier), Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME) e Medline Complete (EBSCO). Para montar as estratégias de busca, visando evitar possíveis vieses e incoerência na pesquisa, os termos e entretermos utilizados estavam na língua inglesa, devidamente registrados no Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Os operadores booleanos "OR" e "AND" foram utilizados para causar associação entre os descritores.

Os termos "Aged" e "Orthopedic Procedures" foram definidos como termos fixos e combinados a princípio com o termo "Models, Anatomic" e posteriormente com o termo "Printing, Three-dimensional", resultando em duas estratégias de busca para cada base eletrônica ampliando, assim, o âmbito da pesquisa. Os entretermos utilizados variaram de acordo com a exigência de busca específicas de cada base eletrônica, conforme mostra no quadro 1.

ISBN 978-65-86901-26-9

Quadro 1 - Estratégias de busca elencadas segundo as bases de dados consultadas

| | |
|---|---|
| **PubMed Central** | [Aged OR Elderly] AND [(Orthopedic Procedures) OR (Orthopedic Procedure) OR (Procedure, Orthopedic) OR (Procedures, Orthopedic) OR (Orthopedic Surgical Procedures) OR (Orthopedic Surgical Procedure) OR (Procedure, Orthopedic Surgical) OR (Procedures, Orthopedic Surgical) OR (Surgical Procedure, Orthopedic) OR (Surgical Procedures, Orthopedic) OR (Orthopedic Surgery) OR (Orthopedic Surgeries) OR (Surgeries, Orthopedic) OR (Surgery, Orthopedic) OR (Orthopedic Rehabilitation Surgery) OR (Orthopedic Rehabilitation Surgeries) OR (Rehabilitation Surgeries, Orthopedic) OR (Rehabilitation Surgery, Orthopedic) OR (Surgeries, Orthopedic Rehabilitation) OR (Surgery, Orthopedic Rehabilitation)] AND [(Models, Anatomic) OR (Anatomic Model) OR (Model, Anatomic) OR (Anatomic Models) OR (Models, Anatomical) OR (Anatomical Model) OR (Anatomical Models) OR (Model, Anatomical) OR (Moulages) OR (Moulage) OR (Models, Surgical) OR (Model, Surgical) OR (Surgical Model) OR (Surgical Models) |
| | [Aged OR Elderly] AND [(Orthopedic Procedures) OR (Orthopedic Procedure) OR (Procedure, Orthopedic) OR (Procedures, Orthopedic) OR (Orthopedic Surgical Procedures) OR (Orthopedic Surgical Procedure) OR (Procedure, Orthopedic Surgical) OR (Procedures, Orthopedic Surgical) OR (Surgical Procedure, Orthopedic) OR (Surgical Procedures, Orthopedic) OR (Orthopedic Surgery) OR (Orthopedic Surgeries) OR (Surgeries, Orthopedic) OR (Surgery, Orthopedic) OR (Orthopedic Rehabilitation Surgery) OR (Orthopedic Rehabilitation Surgeries) OR (Rehabilitation Surgeries, Orthopedic) OR (Rehabilitation Surgery, Orthopedic) OR (Surgeries, Orthopedic Rehabilitation) OR (Surgery, Orthopedic Rehabilitation)] AND [(Printing, Three-Dimensional) OR (Printing, Three Dimensional) OR (Printings, Three-Dimensional) OR (Three-Dimensional Printings) OR (3-Dimensional Printing) OR (3 Dimensional Printing) OR (3-Dimensional Printings) OR (Printing, 3-Dimensional) OR (Printings, 3-Dimensional) OR (3-D Printing) OR (3 D Printing) OR (3-D Printings) OR (Printing, 3-D) OR (Printings, 3-D) OR (Three-Dimensional Printing) OR (Three Dimensional Printing) OR (3D Printing) OR (3D Printings) OR (Printing, 3D) OR (Printings, 3D)] |
| **ScienceDirect (Elsevier)** | (Aged OR Elderly) AND (Orthopedic Procedures) AND (Models, Anatomic) |
| | (Aged OR Elderly) AND (Orthopedic Procedures) AND (Printing, Three-Dimensional) |

| | |
|---|---|
| **Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME)** | (Aged OR Elderly) AND (Orthopedic Procedures) AND (Models, Anatomic) |
| | **(Aged OR Elderly) AND (Orthopedic Procedures) AND (Printing, Three-Dimensional)** |
| **Medline Complete (EBSCO)** | (Aged) AND (Orthopedic Procedures) AND (Models, Anatomic) |
| | (Aged) AND (Orthopedic Procedures) AND (Printing, Three-Dimensional) |

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Os critérios de inclusão definidos para seleção dos estudos foram: artigos com delineamento do tipo ensaio clínico, publicados e indexados nas bases de dados selecionadas nos últimos cinco anos. Por sua vez, como critérios de exclusão considerou-se: estudo com animais, artigos fora da área de abrangência do tema abordado, publicados em idiomas diferentes do inglês e do português e que não permitissem a visualização do texto completo.

A seleção e categorização dos estudos encontrados foi feita inicialmente em banco de dados distintos para cada base eletrônica, aplicando os critérios de elegibilidade, posteriormente a leitura dos títulos e, em seguida, a leitura dos resumos. Após seleção em cada base eletrônica, os artigos incluídos foram agrupados em um banco de dado único para que houvesse a exclusão das duplicatas e, por fim, a leitura dos textos na íntegra.

Para contemplar as etapas de análise, interpretação e discussão dos artigos, foi elaborado um "quadro síntese" com os aspectos considerados mais relevantes: Autor e ano, amostra, objetivos e conclusões. A interpretação e discussão dos resultados foram feitas de forma descritiva e analítica.

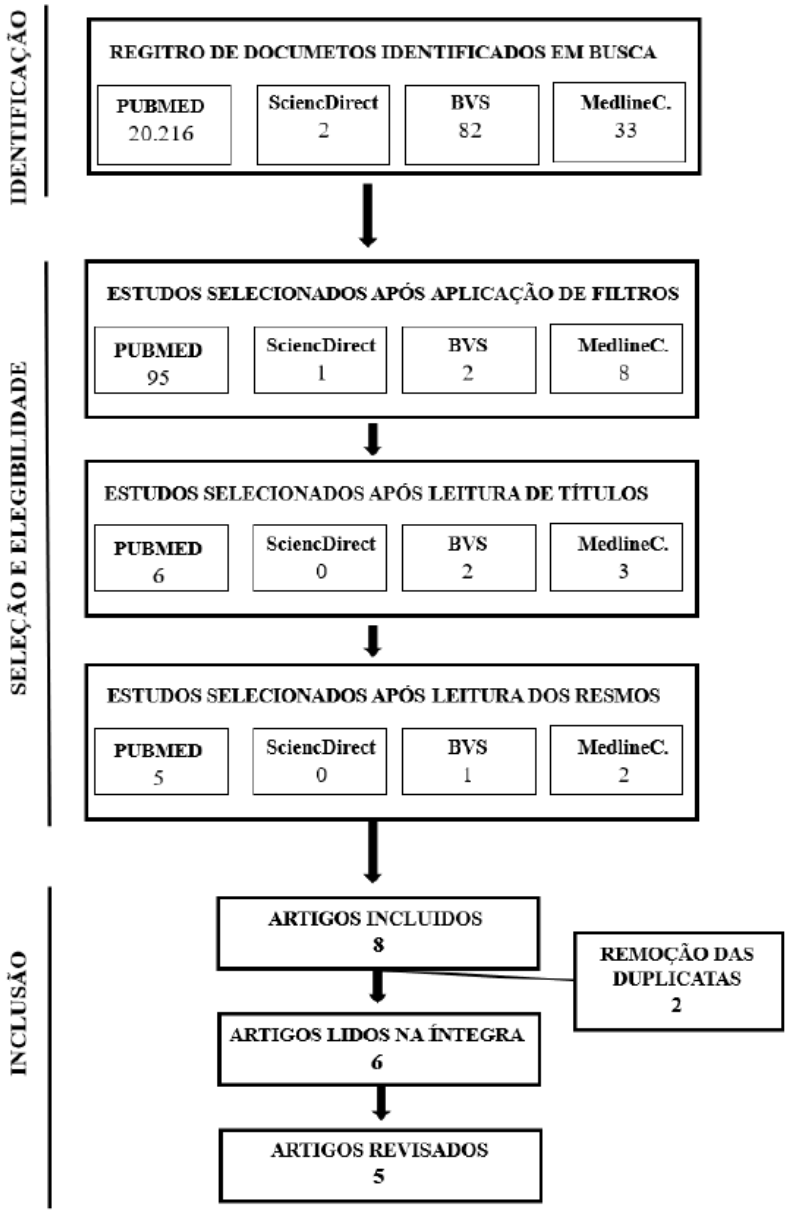
## Resultados e discussão

O levantamento literário, por meio da combinação elegível dos descritores, ofertou um somatório de 20.333 (vinte mil trezentos e trinta e três) documentos. No entanto, aplicando os critérios de inclusão, definidos anteriormente, contatou-se 1.197 (mil cento e noventa e sete) artigos aptos para ingressarem na pesquisa, sendo 1.139 (mil cento e trinta e nova) pertencentes a PubMed, dois a SciencDirect, quatro a BVS e 52 (cinquenta e dois) a Medline Complete.

Os critérios de exclusão foram aplicados seguidamente resultando em 95 artigos vinculados a PubMed, um a SciencDirect, dois a BVS e oito a Medline Complete. Após a leitura dos títulos e resumos, oito artigos foram

selecionados e direcionados a um banco de dados único onde as duplicatas foram excluidas. Por fim, seis textos foram lidos na íntegra e cinco selecionados para serem revisados.

Fluxograma 1 – Identificação de seleção dos estudos da revisão integrativa.




Fonte: Elaborado pelo autor com base na NBR 14724 (2011) e modelo prisma.

As principais informações dos artigos revisados foram sintetizadas para melhor avaliação e análise crítica (Quadro 2).

Quadro 2- Categorização dos artigos selecionados segundo o ano e as características.

| AUTOR, ANO | AMOSTRA | OBJETIVOS | CONCLUSÕES |
|---|---|---|---|
| W. YOU et al, 2016 | 27 homens e 39 mulheres sendo do grupo teste 34 casos com idade média de 66,09 ± 4,09 anos e no grupo controle 32 casos com idade média de 66,28 ± 4,10 anos | Investigar a viabilidade e potencial clínico da tecnologia de impressão 3D no tratamento de fraturas complicados de úmero proximal em idosos. | O 3DPT mostrou grande viabilidade clínica do tratamento de PHFs complicados. O modelo pode fornecer uma exibição clara da fratura. Foi útil para a equipe cirúrgica obter uma melhor compreensão do PHF complicado e projetar um plano apropriado antes da cirurgia, obtendo assim melhores resultados cirúrgicos, reduzindo a lesão intraoperatória, além de promover a comunicação médico-paciente e diminuir o risco de complicações médicas |
| JOSEPH ZERR, 2016 | Uma mulher de 70 anos | Relatar o uso da impressão 3D para planejamento pré-operatório de revisão de artroplastia total do quadril. | Através de imagens da Tomografia Computadorizada foi criado um modelo em escala real A abordagem é ideal para casos complexos de artroplastia, pois permite o teste de diferentes tipos e tamanhos de hardware no ambiente pré-operatório. Tomografia ou ressonância magnética pré-operatória, custo de impressão, mão de obra necessária e entrega oportuna do modelo ao cirurgião são alguns dos fatores subjacentes que desempenham papéis importantes no curso dessa abordagem. |
| WENHAO ZHENG et al, 2018 | 48 pacientes no grupo convencional se 45 pacientes no grupo de impressão 3D, com idade média no grupo convencional de 42,5 ± 90 anos e no grupo de impressão 3D foi 41.2 ± 93 anos | Avaliar a viabilidade e eficácia da tecnologia de impressão tridimensional (3D) no tratamento de fraturas de Pilon comparada a cirurgia tradicional. E investigar a eficácia comunicativa da impressão 3D entre médicos e pacientes. | A tecnologia de impressão 3D forneceu aos cirurgiões ortopédicos novas e poderosas ferramentas e abordagens. Essa tecnologia é segura e eficaz para o tratamento de adultos com fraturas de Pilon e possui um tempo operatório significativamente menor, menos perda sanguínea intraoperatória, menos tempos de fluoroscopia e maior permanência anatômica em comparação com o grupo convencional. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| AUTOR, ANO | AMOSTRA | OBJETIVOS | CONCLUSÕES |
|---|---|---|---|
| CHUNHUI CHEN et al, 2019 | 23 pacientes no grupo modelo 3D e 25 pacientes no grupo rotina foram incluídos. | Usar modelos de impressão 3D para reconstruir as fraturas do rádio distal em pacientes e avaliar sua eficácia nos resultados cirúrgicos para o reparo da fratura e na comunicação. | Os modelos de impressão 3D ajudam efetivamente os médicos a planejar e executar a operação e fornecer uma comunicação mais eficaz entre médicos e pacientes, mas não podem melhorar a função pós-operatória em comparação com o tratamento de rotina. |
| KONG, LINGDE MD et al, 2020 | 32 pacientes, incluindo 19 pacientes do sexo masculino e 13 do sexo feminino, com idade média de 42,0 ± 5,9 anos. | Comparar a cirurgia assistida pela impressão 3D com a cirurgia de rotina e verificar a eficácia e a segurança desse novo método no tratamento de fratura de rádio distal intra-articulares. | Com a assistência da técnica de impressão 3D, o tempo de operação, a quantidade de sangramento intraoperatório e os tempos de fluoroscopia intraoperatória podem ser reduzidos durante o tratamento cirúrgico de DRFs intra-articulares. A tecnologia de impressão 3D pode otimizar o plano cirúrgico e é uma técnica segura e eficaz. |

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Elaborado pelo autor com base na NBR 14724 (2011).

A impressão tridimensional, conhecida tecnicamente por manufatura aditiva (MA), tem eclodido no mercado de tecnologias estratégicas na saúde por possibilitar o desenvolvimento de produtos personalizados. Toda via, ao compilar a literatura aqui estudada ressalta-se o uso de biomodelos nos procedimentos cirúrgicos como mais uma faceta específica desse ramo.

A obtenção de modelos compatíveis com a anatomia humana tem sido desenvolvida graças à interação da tecnologia CAD (*Computer Aided Design*) com os avanços dos dispositivos de imagens médicas, como tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância magnética (RM) (JARDINI, A.L.M. et al., 2010). As imagens, uma vez processadas em programas específicos, permitem a criação de um conjunto tridimensional fidedigno a anatomia do indivíduo. (SUGAR, A. et al, 2004).

Baseado nesse novo horizonte, as evoluções tecnológicas têm alcançado os procedimentos ortopédicos principalmente relacionados aos idosos na perspectiva de reduzir os riscos e as complicações cirúrgicas. Este estudo, por sua vez, fornece subsídios que fortalecem o uso de biomodelos para o planejamento cirúrgico, justificado pela possibilidade de ampliar o conhecimento da complicação ortopédica, realizar investigação e modelagem pré-operatórios.

Nesse panorama, em um estudo cego de randomização aleatória Kong, Lingde MD e colaboradores (2020) compararam a cirurgia assistida pela impressão 3D com a cirurgia de rotina para verificar a eficácia e segurança desse novo método no tratamento de fratura de rádio distal intra-articulares em indivíduos com média de idade entre 42,0 ± 5,9 anos. O estudo utilizou como índices avaliativos o tempo de operação, a quantidade de sangramento intraoperatório, o tempo de fluroscopia intraoperatória e os níveis de incidências de complicações pós cirurgia.

Os achados clínicos encontrados sugeriram significativas reduções no tempo médio de operação, na quantidade de sangue perdida e no tempo de fluroscopia em comparado ao grupo de rotina. Além disso, os estudiosos recomendaram a cirurgia assistida pela impressão 3D por tornar o diagnóstico e procedimento cirúrgico mais diretamente visíveis, realistas e específicos, ajudando a planejar um procedimento cirúrgico complexo.

Semelhantemente, Wenhao Zheng et al (2018) após analisar 87 indivíduos, com idade média entre 41.2 ± 93 anos, submetidos a tratamento cirúrgico de fratura de Pilon, com (grupo experimental) e sem uso da tecnologia de modelos tridimensionais (grupo convencional) afirmou alcançar um tempo operatório significativamente menor, menos perda sanguínea intraoperatória, menos tempos de fluoroscopia e maior permanência anatômica em comparação com o grupo convencional.

Outro aspecto relevante estudado, nesse artigo, foi a interferência e eficácia comunicativa da impressão 3D entre médicos e pacientes. Um questionário aplicado na equipe médica mostrou satisfação geral e altos índices de utilidade dos modelos anatômicos. Os profissionais afirmaram que os modelos forneciam uma visão abrangente do deslocamento da fratura facilitando muito no plano pré-operatório.

Em relação a satisfação do paciente e familiares, os índices coletados foram relativamente altos pela quantidade de comunicação pré-operatória que o modelo proporcionou, ajudando na melhor compreensão da condição clínica dos indivíduos e, até mesmo, aceitação do processo cirúrgico.

Nessa mesma perspectiva, através de um estudo clínico prospectivo, randomizado, único e cego, a aplicabilidade dos modelos anatômicos foi testada em cirurgias de rádio distal complexas (CHUNHUI CHEN ET AL, 2019). O estudo analisou a duração da cirurgia, o volume de perda sanguínea, a frequência da fluoroscopia intraoperatória como desfechos primários

e considerou resultados cirúrgicos finais e amplitude de movimento (ADM) como desfechos secundários.

Utilizando imagens de tomografia computadorizada, modelos digitais tridimensionais foram criados e posteriormente impressos. O modelo 3D foi dividido em fragmentos de acordo com a linha de fratura e, em seguida, redefinido com fio K, seguido pela fixação dos fragmentos com placas e parafusos de metal. Dessa forma, os pesquisadores obtiveram o tipo e as dimensões do implante, além de poder realizar o ajuste das placas e parafusos no pré-operatório.

Os resultados dos desfechos primários foram proporcionais as pesquisas de Wenhao Zheng et al (2018) e Kong, Lingde MD et al (2020) mostrando resultados benéficos para a redução de tempo de cirurgia, perda sanguínea e tempo de fluroscopia no grupo que utilizou a tecnologia em questão. No entanto, considerando os desfechos secundários os resultados não deferiram significantemente entre os grupos que utilizou modelo 3D e os grupos de tratamento de rotina.

Apesar dos benefícios encontrados com o uso da nova tecnologia, os médicos ainda se apresentam relutante por causa do tempo necessário para a cirurgia simulada (Chunhui Chen et al, 2019). Diferentemente dos resultados encontrados no questionário clínico aplicado por Wenhao Zheng et al (2018), onde os profissionais afirmaram em unanimidade os benefícios de uso do modelo, Chunhui Chen e colaboradores (2019) relataram que a satisfação geral e a utilidade percebida do protótipo são maiores entre os pacientes que nos cirurgiões.

Outro estudo (W.YOU et al, 2016) investigou 66 casos e comparou a viabilidade e potencial clínico da tecnologia de impressão tridimensional no tratamento de fraturas complicadas de úmero proximal em idosos. Com os modelos virtuais e reais em 3D, os cirurgiões conseguiram selecionar a placa e os parafuso de aço com tamanhos e tipos apropriados e fazer um plano cirúrgico individual, preciso e razoável, dessa forma, aumentando a taxa de sucesso do procedimento.

Os resultados encontrados demostraram os mesmos benefícios anteriormente já relados em relação a duração cirúrgica, volume de perda de sangue e a frequência da fluoroscopia, no entanto, um ponto importante ressaltando nessa pesquisa foi a correlação com os danos causados pelo tempo prolongado de anestesia.

ISBN 978-65-86901-26-9

Sabe-se que a extensão do tempo de cirurgia está diretamente ligada a possíveis intercorrências no período de recuperação anestésica (NUNES FC, MATOS SS, MATTIA AL, 2014). Por sua vez, reduzir o tempo cirúrgico em quaisquer circunstâncias diminuem os danos causados pela mesma.

A abordagem tecnológica também se mostrou efetiva em casos complexos de artroplastia total do quadril. Joseph zeer (2016) relatou, em um estudo de caso, o uso da impressão tridimensional para o planejamento pré-operatório em uma mulher de 70 anos nessas condições clínicas. Através de imagens da tomografia computadorizada foi criado um modelo em escala real da pelve e fêmur.

O processo de aquisição do modelo físico compatível anatomicamente a paciente foi composto por três etapas: segmentação anatômica relevante, desenvolvimento de um modelo virtual a partir da anatomia segmentada, a impressão física e pós processamento do modelo. O material serviu de base pré -operatória para estudo da condição clínica e modelagem das peças cirúrgicas.

O pesquisador ressaltou, entretanto, que apesar de haver benefícios clínicos notórios principalmente na modelação do processo pré-operatório, a necessidade de tomografia e/ou ressonância magnética, o custo de impressão, recrutamento de equipe de desenvolvimento, entrega oportuna do modelo são fatores relevantes para o desenvolvimento dessa abordagem.

Desse modo, percebe-se então, que as literaturas levantadas interagem e concordam em dados estatísticos. Os estudos abordados concentram uma amostragem considerável que fornecem dados confiáveis para tomadas de decisões clínicas do uso das novas propostas de metodologias na área ortopédica e traumatológica

É importante ressaltar ainda que, apesar do uso de biomodelos ter base firmada nas áreas odontológicas no Brasil, a inclusão dessa tecnologia em procedimentos ortopédicos é relativamente nova e cheio de perspectivas. W YOU e colaboradores (2016) sugerem, por exemplo, o uso de modelos virtuais para simulações da cirurgia antes da impressão do modelo.

As novas perspectivas tecnológicas, visando proporcionar maior conforto e confiabilidade as equipes médicas, aos pacientes e aos familiares tem ingressado e reconsiderado os modelos padrões já estabelecidos. Assim, os presentes achados dessa revisão além de dispor de informações valiosas para a prática baseada em evidência, fortalecem o conceito de saúde 4.0 que tem direcionado as novas práticas do sistema de saúde.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

A revisão permitiu responder a questão norteadora e evidenciou que o uso de modelos anatômicos tridimensionais, produzidos por meio do processo de manufatura aditiva, é eficaz nos procedimentos ortopédicos em idosos. Os estudos supracitados, em consenso, constataram redução da duração cirúrgica, diminuição do volume de perda de sangue e diminuição de frequência da fluoroscopia em cirurgias ortopédicas que utilizam os modelos tridimensionais como suporte.

Além disso, os estudos ressaltaram ainda que os modelos tridimensionais proporcionam a diminuição dos riscos anestésicos, o melhoramento da visualização das fraturas, o planejamento e modelagem das peças cirúrgicas no pré-operatório, a melhor comunicação médio-paciente e entendimento da condição clínica por parte do paciente e familiares.

Em contrapartida, no que se refere a desfechos secundários, não foram visualizados benefícios quanto as condições clínicas pós cirúrgicas quando comparadas aos procedimentos convencionais. Ademais, é necessário salientar que o uso de modelos tridimensionais exige imagens de dispositivos médicos avançados como ressonância magnética e/ou tomografia computadorizada, equipe de modelagem da peça, custo de impressão, tempo de desenvolvimento e impressão do modelo, recrutamento da equipe médica para a simulação cirúrgica.

No entanto, apesar das exigências técnicas terem relevância significativa, os benéficos encontrados se sobressem. Desse modo, diante da necessidade de assegurar menores riscos cirúrgicos aos idosos a técnica é oportuna e parece ser eficiente, principalmente no que se refere a condições durante o momento do procedimento ortopédico propriamente dito.

Todavia, com objetivo de aprimorar tais abordagens e fortalecer os achados, novos estudos abordando essa perspectiva necessitam ser realizados na intenção de proporcionar maiores subsídios e fortalecer os recursos literários a respeito do tema.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

CHEN, C. et al. Treatment of die-punch fractures with 3D printing technology. **J Invest Surg**, v. 31, p. 385–92, 2018.

CHEN, C. et al. The efficacy of using 3D printing models in the treatment of fractures: a randomized clinical trial. **BMC Musculoskeletal Disorders**, v. 20, n. 65, 2019.

JARDINI, A.L.M. et al. Improvement of the spatial resolution of prototypes using infrared laser stereolithography on thermosensitive resins. J. Mater. Process. Technol., Amsterdam, v.172, p.104-109, 2006.

JEONG, H.S. et al., Minimally invasive plate osteosynthesis using 3D Printing for shaf fractures of clavicles: technical note. **Orthopaedic and Trauma Surgery**, v. 134, n. 11, p. 1551–1555, 2014.

KONG, L. et al. Surgical treatment of intra-articular distal radius fractures with the assistance of three dimensional printing technique. **Medicine**, v. 99, n. 8, 2020.

LI, C. et al., Application of the polystyrene model made by 3-D printing rapid prototyping technology for operation planning in revision lumbar discectomy. **Journal of Orthopaedic Science**, v. 20, n. 3, p. 475–480, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica – nº 4, Brasília – DF, 2015.

NUNES FC; MATOS S;, MATTIA AL; Análise das complicações em pacientes no período de recuperação anestésica. Rev. SOBECC, São Paulo. jul./set. 2014; 19(3): 129-135

RODRIGUES, J.; CIOSAK, S. I. Idosos vítimas de traumas: análise de fatores de risco. Rev. Esc. Enferm. USP, v.46, n. 6, p. 1400-1405, 2012.

SANTOS, C. M. da C; PIMENTA, C. A. de M; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 1-4, 2007.

SBOT. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. **CONSENSOS BRASILEIROS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.** Coordenadores: João Carlos Belloti e Moisés Cohen - São Paulo: Agência NaJaca, p. 233-235, 2019.

SBOT. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. A ortopedia e a sua saúde – Trauma Ortopédico em Idosos. Disponível em: <https://sbot.org.br/trauma-ortopedico-em-idosos/>. Acesso em: 08 de julho de 2020.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

SUGAR, A. et al. The development of a collaborative medical modeling service: organizational and technical considerations. Br. J. Oral Maxillofac. Surg., Edinburgh, v.42, p.323-330, 2004.

SHUANG, F. et al. Treatment of intercondylar humeral fractures with 3D-printed osteosynthesis plates. **Medicine** (Baltimore) v. 95, p. 2461-2464, 2016.

SILVA, Larissa Aparecida Pereira da., et. al. Análise retrospectiva da prevalência e do perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de trauma em um hospital secundário / Retrospective analysis of the prevalence and epidemiological profile of trauma patients in a secondary hospital. **Rev Med** (São Paulo), v. 96, n. 4, p. 246-54, 2017.

VOLPATO, Neri. **Manufatura aditiva: tecnologias e aplicações da impressão 3D**. São Paulo: Blucher, 2017. 400 p.: il. ISBN 978-85-212-1150-1.

WAN, L. et al. Clinical feasibility and application value of computer virtual reduction combined with 3D printing technique in complex acetabular fractures. **Exp Ther Med,** v.17, p. 3630–3636, 2019.

YOU, W. et al. Application of 3D printing technology on the treatment of complex proximal humeral fractures (Neer3-part and 4-part) in old people. **Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research,** v. 102, p. 897–903, 2016.

ZHENG, W. et al. The Feasibility of 3D Printing Technology on the Treatment of Pilon Fracture and Its Effect on Doctor-Patient Communication. **Hindawi - BioMed Research International,** 10p, 2018.

# CRIANDO LAÇOS DE AMIZADES: O ENSINO DA LÍNGUA ESPANHOLA NA UNATI/PE

Marina Holanda Kunst – UFPE[1]

**Resumo:** Atualmente verifica-se uma mudança significativa no perfil demográfico da população brasileira. O Brasil apresenta, segundo o IBGE, cerca de 9% da população, o que representa 15 milhões de idosos. Pela projeção, o Brasil em 2025 será constituído por 34 milhões de idosos, aproximadamente 15% da população. Segundo o Estatuto do Idoso, idoso é a pessoa com 60 anos ou mais. Portanto, na perspectiva de que todos devem estar preparados para enfrentar e solucionar a problemática do envelhecimento populacional, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) criou no ano de 2002, a Universidade Aberta de Terceira idade (UNATI), que representa um espaço de convivência em grupo, com estímulo à participação ativa do idoso, valorização de suas potencialidades e talentos, além de se constituir em um espaço de prática para o estudo do envelhecimento, nas diversas áreas do conhecimento. Assim, neste texto faz-se uma análise histórica da evolução da criação das universidades abertas da terceira idade sob o prisma mundial e brasileiro culminando com a criação da citada UNATI na UFPE e referenciando os laços de amizades construídos a partir das aulas de língua espanhola. Observou-se, enfim, que foi necessário levar em conta a diminuição da acuidade auditiva, o incômodo ao se expor diante de uma habilidade que não domina, a dosagem das atividades que envolvam oralidade, a tendência do uso da língua materna nas discussões em grupo, o não interesse pela tarefa de casa e o mais importante, o querer manter o contato após as aulas e do curso.
**Palavras-chave:** Espanhol, Amizade, UnATI.

1 Mestra pelo Curso de Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, marinakunst7@hotmail.com.

## Introdução

Hoje, um dos desafios do mundo contemporâneo refere-se ao fenômeno do envelhecimento. No Brasil, a população de idosos tem desabrochado de forma acelerada. As previsões demográficas avaliam que, nos próximos anos, haverá o dobro de pessoas idosas no Brasil (OLIVEIRA, 2010).

O que era antes um fenômeno ligado a países e regiões desenvolvidas como Japão, Europa Ocidental e América do Norte, hoje ocorre também nos países do terceiro mundo, e as projeções estatísticas demonstram que esta é a faixa etária que mais crescerá na maioria dos países em desenvolvimento. (PASCHOAL; SALLES; FRANCO, 2006).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial, representando em 2002 um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (8,6%). Em 1998, o contingente era de 579 milhões de pessoas idosas no mundo. Projeções indicam que, em 2050, essa população idosa será de 1.900 milhão. Uma das explicações para esse fenômeno é o aumento, verificado desde 1950, de 19 anos na esperança de vida ao nascer em todo o mundo. Ainda 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; BRASIL, 2013; IBGE, 2002; KUNST, 2013).

No entanto, é preciso garantir a esta parcela da sociedade um mínimo de condições na melhoria da qualidade de vida, proporcionando-lhes o resgate da cidadania, de modo que o idoso possa estar engajado socialmente, participando da vida familiar e da comunidade (GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

Portanto, torna-se fundamental considerar a capacidade dos sujeitos em realizar inúmeras atividades, independentemente da idade. Neste caso, destaca-se a importância de incentivar os idosos para que se mantenham realizando atividades, sejam por meio de trabalhos formais ou informais, como também a participação em diferentes grupos sociais (SCORTEGAGNA, OLIVEIRA, 2015).

Por isso, os idosos desejam, podem e são amparados pela legislação brasileira, a permanecerem ativos e independentes, tendo em vista que essa é uma

ISBN 978-65-86901-26-9

fase natural da vida com possibilidades de mudanças e de realizações pessoais como outra qualquer, pois aprender coisas novas, buscar informações, e rever desafios leva o idoso a ter uma melhoria na qualidade de vida (MACHADO, CHAVES, OLIVEIRA, 2009).

Os autores ainda afirmam que, por isso, cresce a preocupação com temas relacionados terceira idade. Prova disso são os programas oferecidos pelas instituições de ensino superior através da Universidade Aberta para a Terceira Idade – UNATI. Os programas para a terceira idade oferecem as mais variadas atividades, permitindo, ao idoso, maiores perspectivas de inserção social, além de melhorar consideravelmente sua qualidade de vida – física, intelectual e cultural (MACHADO, CHAVES, OLIVEIRA, 2009).

Dessa forma, a educação, mais especificamente, o ato de aprender por parte dos idosos, torna-se uma importante ferramenta de empoderamento na luta pelos seus direitos, da busca de uma nova forma de se socializar, de procura de aproveitamento de momentos de lazer, de desfrutar o aprendizado de uma nova língua, entre outras ocasiões prazerosas que a educação pode proporcionar (KUNST, 2017).

Destaca-se a educação, por possibilitar que esses sujeitos tenham mais autonomia e independência, tanto no espaço individual como no social. Dentro desta, depreende-se o ensino da língua espanhola para idosos como forma de fortalecer as ferramentas já apontadas, além da troca de experiência entre aluno-professor (KUNST, 2017).

Dentro desse contexto, a Universidade Aberta ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco (UnATI/PE) se destaca por promover e incentivar ações para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mediante a realização de cursos que facilitem a aquisição de novos conhecimentos e integração na sociedade contemporânea. (PROExC, 2016).

Assim, este trabalho surgiu da minha prática enquanto professora de um curso de língua estrangeira (espanhol) para a terceira idade oferecido pela UnATI/PE, pertencente a uma instituição pernambucana de ensino superior.

Portanto, a presente pesquisa qualitativa, de cunho bibliográfico, teve por objetivo refletir sobre o processo de motivação para aprender uma língua nova, sobre os possíveis laços de amizade que podem surgir e o envelhecimento ativo, considerando o idoso como protagonista de sua vida.

## Metodologia

Mesmo que esse trabalho já esteja publicado, seu conteúdo é de fundamental importância para a área acadêmica. Nesse contexto, sua divulgação em massa é essencial para a difusão de um rede de fomento aos diversos aspectos que podem fortalecer os idosos.

A presente pesquisa é primariamente bibliográfica, contendo uma revisão bibliográfica envolvendo o surgimento e expansão das Universidades Abertas ao redor do mundo e no Brasil.

Contudo, também será apresentado um relato de experiência da autora no período em que era professora na UnATI/PE de um curso de língua estrangeira (espanhol), no ano de 2016 (de março a junho), com aulas as quartas-feiras, no período de 14:00 as 16:00, de duração semestral e com conteúdo programático envolvendo gramática, conversação, leitura e compreensão auditiva e escrita.

## Resultados e discussão

Para melhor compreensão do que será exposto, fez-se necessário uma pequena explanação sobre as Universidades Abertas a Terceira Idade ao redor do mundo e no Brasil, como forma de entender como essas Universidades podem fomentar o fortalecimento de idosos que lá cursam alguma disciplina.

### 1. Universidades Abertas da Terceira Idade no Mundo

As Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATI ou UTI) têm favorecido a implementação de recursos auxiliares, procurando suprir a escassez de projetos sociais e educacionais mais densos e abrangentes para esta faixa etária. Com a intensificação do seu processo de envelhecimento populacional, nos anos 70, França, pelo professor Pierre Vellas, e Estados Unidos foram pioneiros em criar oportunidades educacionais para os idosos, e logo as UNATI espalharam-se por todo o mundo, sendo que a importância desses projetos educacionais passou a ser enfatizada a partir de 1973 (GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005; FENALTI, SCHWARTZ, 2003).

Ambos os países procederam a partir de longa tradição de experiências anteriores, de ordem pública e privada, quanto à educação de adultos,

ISBN 978-65-86901-26-9

principalmente em alfabetização, preparação para o trabalho e educação para a saúde (CACHIONI, 1999).

Os atuais programas educacionais para adultos maduros e idosos nos Estados Unidos refletem a história e a herança desses movimentos pioneiros. Na década de 1950, as Universidades de Chicago e Michigan uniram-se a empresas desses Estados e investiram em cursos de preparação para aposentadoria. Esses cursos foram rapidamente difundidos pela América e, nas décadas de 1970 e 1980, desenvolveram-se programas de retreinamento para o trabalhador idoso em muitas empresas. O interesse pela pesquisa e pelo desenvolvimento de programas orientados para os alunos idosos proliferou por todo o país. Uma rede de instituições de ensino superior e de atividades estava emergindo, enfatizando os resultados positivos da educação para os idosos, visando à atualização cultural dessa população (CACHIONI, 1999; GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

Desde 1981, o conceito de autoajuda tem norteado as atividades das universidades da terceira idade na Grã-Bretanha. Em 1994 já havia um total de 240 universidades, distribuídas por Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte, abrangendo 32 mil estudantes. Os programas são flexíveis, considerando-se as necessidades de cada grupo, e geralmente são desenvolvidas atividades educacionais, físicas e recreativas (CACHIONI, 1999; GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

Na Nova Zelândia, a primeira universidade da terceira idade (UTI) foi criada sob o modelo inglês, em Auckland, em 1989. Desde então, o programa tem se estendido por todo o país desenvolvendo atividades educacionais e recreativas, procurando atender às necessidades da comunidade idosa (CACHIONI, 1999).

O modelo inglês de autoajuda tem crescido de maneira significativa na República Tcheca, com creca de 45 universidades da terceira idade, desenvolvendo atividades para adultos maduros e idosos (CACHIONI, 1999).

Em Portugal, o movimento é novo e o primeiro encontro nacional de UTI ocorreu em 1993. No ano seguinte, foi criada uma associação nacional destas universidades. Os programas contam com professores de nível universitário que ensinam sociologia, teologia, história, literatura, artes e artesanato e leitura e escrita (CACHIONI, 1999).

Na Suíça, essas universidades desenvolvem seus programas conforme o modelo francês. Em todos os estados os idosos participam das atividades oferecidas pelas universidades locais, que priorizam em seus currículos as

ISBN 978-65-86901-26-9

necessidades desses alunos, assim como na Alemanha, mas nesse país existe uma preocupação dos educadores em desenvolver programas e métodos de ensino especiais, adaptados às necessidades dos idosos (CACHIONI, 1999; GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

Já na Polônia, as universidades pertencem a uma associação nacional integrada à Faculdade de Medicina de Varsóvia. Essas universidades desenvolvem suas atividades conforme o modelo francês, particularmente no campo de preparação para aposentadoria (CACHIONI, 1999; GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

A maior parte dessas universidades na Holanda, estão localizadas nas universidades, seguindo o modelo francês, enquanto em menor número, como em Roosendaal, o modelo inglês de autoajuda promove suas atividades em escolas, universidades e locais de serviço à comunidade (CACHIONI, 1999).

Percebe-se então, que a UTI é um movimento de grande sucesso em diversos países, uma vez que vem criando oportunidades de desafio intelectual e promovendo bem-estar de adultos maduros e idosos, que estão em busca de um envelhecimento bem-sucedido. Acredita-se, de forma generalizada, que os programas devem servir como um espaço educacional, cultural e político, onde os alunos possam vir a desfrutar de uma vida mais saudável, participativa e produtiva na sociedade em que estão inseridos (CACHIONI, 1999).

## 2. Universidades Abertas da Terceira Idade no Brasil

O Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo foi pioneiro na implantação de programas voltados para as pessoas idosas, com programação elaborada com base nos programas de lazer destinados ao preenchimento do tempo livre, em 1960. Anos depois, em 1977, assessorados por gerontólogos da Universidade da Terceira Idade de Toulouse, na França, os técnicos do SESC fundaram a primeira Escola Aberta para a Terceira Idade, primeiro embrião das Universidades da Terceira Idade (PEIXOTO, 1997; CACHIONI, 1999).

Outras iniciativas foram tomadas a partir da década de 1970, inspiradas no modelo francês, - as chamadas Escolas Abertas para a Terceira Idade cuja população era mais qualificada educacionalmente - e tinham como propósito informar sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento e preparar para aposentadoria e atualização cultural (FINATO, 2003).

A partir de então, diferentes instituições universitárias iniciaram o trabalho das UNATI com procedimentos pedagógicos distintos, que vão além

ISBN 978-65-86901-26-9

da comunicação do saber formal científico. Elas visam à valorização pessoal, à convivência grupal, ao fortalecimento da participação social, à formação de um cidadão consciente de suas responsabilidades e direitos, promovendo sua autonomia e qualidade de vida. Assim sendo, os poucos projetos organizados por entidades interessadas pelos idosos são, provavelmente, os únicos instrumentos facilitadores do estabelecimento de relações positivas entre os diversos aspectos da vida do indivíduo na sociedade brasileira (FENALTI, SCHWARTZ, 2003; CACHIONI, 1999).

Dentre as várias UTI que surgiram no Brasil, destaca-se a da Faculdade de Serviço Social da PUC de Campinas, de São Paulo, que criou, em 1990, um modelo novo de UTI, com um currículo que privilegia as relações intergeracionais, com três níveis de atividades escolares, com duração de um semestre cada e ao final do terceiro semestre, eles recebiam um certificado de conclusão de curso (PEIXOTO, 1997; GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

A Universidade de Passo Fundo – RS, em 1991, criou o Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade (CREATI). Em 1996, este programa ultrapassou fronteiras, engajando-se às UNI-3 da América Latina, quando convidou as Universidades Abertas da América Latina para discutir a temática "Educação permanente: Um grande desafio para o século XXI", no V Encontro Latino-Americano de Universidades Abertas UNI 3, realizado na cidade de Passo Fundo. Além de Universidades da Terceira Idade brasileiras, sete países da América Latina (Argentina, Bolívia, México, Panamá, Uruguai, Venezuela e Chile) participaram desse encontro (GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

Além disso, uma proposta pedagógica para o idoso deve levar em conta, na sua metodologia, outras variáveis como aquelas referente ao processo fisiológico do envelhecimento – a lentidão do raciocínio, a diminuição natural da acuidade visual e auditiva, bem como uma lentidão na mobilidade e na capacidade motora em geral (FINATO, 2003).

Os elementos essenciais vinculados ao lazer poderiam comungar com os interesses das UNATI, as quais deveriam privilegiar o indivíduo e sua relação com o aprendizado, enfatizando a qualidade do tempo livre do idoso. Portanto, os conteúdos a serem desenvolvidos pelas UNATI devem atender às necessidades e desejos do idoso, norteando o seu desenvolvimento (FENALTI, SCHWARTZ, 2003).

A tarefa de transmitir ao idoso a importância de preservar a vivência ativa e positiva de seu tempo livre não é nada fácil. Todavia, acredita-se que o idoso

possa conscientizar-se da importância do lazer, através da sua integração em projetos que possam transmitir novos valores a este respeito. Desta forma, comungar os conteúdos essenciais do lazer com os projetos organizados nas universidades e/ou em outras instituições representa um desafio para pesquisadores e profissionais da área do lazer (FENALTI, SCHWARTZ, 2003).

## 3. Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco e as aulas de Língua Espanhola

Dentro da perspectiva da educação permanente e sendo a universidade um lugar por excelência para o aprimoramento, a pesquisa, a busca do conhecimento e também a democratização do saber, timidamente surge em seu âmago um espaço educacional para essa clientela. Para tanto, a Universidade Aberta a Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco (UnATI/UFPE) é mais uma iniciativa interessante para o enfrentamento das questões ligadas ao rápido envelhecimento da população brasileira (OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2006; SOUZA, PURIFICAÇÃO, LIRA, 1999).

Dessa forma, a UnATI/UFPE considera idoso, o indivíduo acima de 60 anos, conforme prescreve a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) Estatuto do idoso (Lei 10.741/2003). Além desse, o referido Estatuto prevê em seu capítulo V, artigo 20, ter o idoso o direito à educação, e, em seu artigo 21 rege que o Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados. E, por conseguinte, no seu artigo 25, rege que o Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual. (BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Com a inserção do idoso na comunidade universitária, a integração entre gerações ocorre necessariamente, fomentando debates sobre as questões que envolvam essa faixa etária, analisando preconceitos e discriminações ora sustentados socialmente e que se apresentam sem fundamentação científica. O próprio idoso, ao se conscientizar de seu espaço na sociedade, terá de si mesmo uma visão mais otimista, considerando-se produtivo, útil, capaz de muito ainda colaborar para a sociedade na qual está inserido (OLIVEIRA, OLIVEIRA, 2006).

Assim, a UnATI/UFPE iniciou seus trabalhos em 1996, cujo tema em desenvolvimento o envelhecimento, realizando atividades de ensino, pesquisa e extensão. É um programa financiado pela Pró-Reitoria de Extensão, Cultura e Intercâmbio Científico (PROECIC) da UFPE, a qual é vinculado e possui parcerias, assessorias e convênios com instituições governamentais e não governamentais (SOUZA, PURIFICAÇÃO, LIRA, 1999).

Basicamente a UnATI estrutura-se em disciplinas teóricas (abordando as dimensões humanas e sociais) e práticas (envolvem diferentes atividades) de natureza pública/gratuita e caracterizam-se por cursos regulares com duração e frequência semestral. Oferece também seminários, palestras, atividades culturais e de lazer, mesmo que esporadicamente. Além de participar em discussões em nível nacional e internacional sobre políticas para o idoso (SOUZA, PURIFICAÇÃO, LIRA, 1999).

Dessa forma, o objetivo geral da UnATI/UFPE é a promoção e o incentivo de ações para melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, mediante a realização de cursos que facilitem a aquisição de novos conhecimentos e integração na sociedade contemporânea. Além disso, mobilizam docentes, técnicos, voluntários externos à Instituição e alunos de pós-graduação e graduação para a realização de cursos e outras atividades dirigidas ao segmento idoso (PROExC, 2016).

Mas para além disso, a sociedade precisa absorver esta nova realidade de uma população de idosos que só aumentará nos próximos anos e que conquistará grandes espaços em diferentes áreas, exigindo sua inclusão total na sociedade, não apenas como usuários de sistemas assistencialistas, voltados a ideia de que idosos precisam ser cuidados, mas também conscientes de que estes são dotados de uma grande potencialidade e capazes de renová-la através do conhecimento permanecendo jovem e mentalmente ativo durante toda a sua vida que vai muito além da vida produtiva, exclusivamente dedicada a uma profissão (OIANOSKI, FERNANDES, 2006).

Porém, a UnATI/UFPE está conseguindo se consolidar frente aos seus usuários, percebida pelo aumento significativo de alunos a cada ano. Em 1996 eram 105 inscritos, em 1999 eram 506, onde a grande maioria aproxima-se do Programa através de amigos, se mostrando como uma interessante proposta na busca por soluções para os problemas relacionados às pessoas que se encontram na terceira idade (SOUZA, PURIFICAÇÃO, LIRA, 1999).

Além do mais, ao longo de quase três anos de trabalho, contou-se com o apoio da Reitoria da UFPE e de outros segmentos da comunidade

universitária, a comunidade em geral tem incentivado a continuar e diversificar as atividades, a UnATI/UFPE tem presença garantida nos Fóruns locais e nacionais relacionados ao desenvolvimento das políticas públicas para o idoso e em particular, da Política Nacional de Saúde do Idoso. A imprensa tem divulgado constantemente o Programa, sempre de modo bastante positivo, funcionando como um importante veículo de visibilidade para a questão do envelhecimento em nosso Estado (BARRETO, 1999).

Ante do exposto e por ser um dos cursos ministrados na UnATI/PE, o ensino da língua espanhola começou a ser difundido no Brasil devido à propaganda brasileira na Europa e as guerras. Além disso, a falta de emprego na maioria dos países europeus fez com que muitos imigrantes viessem ao Brasil em busca de melhores condições de vida (CARLOS; BORDINI, 2012).

Como forma de manter sua cultura e tradições, muitos colonos deram uma grande importância ao ensino, e se organizaram para construir e manter escolas para seus filhos, de forma que, a quantidade de imigrantes era restrita e não representava ameaçava alguma ao Brasil, o ensino do espanhol passou a ser permitido no país (CARLOS; BORDINI, 2012).

Na temática de aspectos sociopolíticos referentes à aprendizagem de uma língua estrangeira, evidenciamos a crescente ascensão do espanhol pela criação do MERCOSUL e pelo processo de globalização, tornando-se fundamental aos profissionais brasileiros com ambição de fazer carreira em multinacionais, em companhias de exportação ou de trabalhar com relações internacionais (MORAIS, 2016).

Assim, o curso de Língua Espanhol, promovida pela UnATI/UFPE, tem como foco o ensino e o aprofundamento da língua espanhola para pessoas com 60 anos ou mais. O curso foi ministrado pela professora voluntária Marina Holanda Kunst, nas instalações da UnATI/UFPE.

As aulas do semestre de 2016, começaram em março/2016 e terminaram em junho/2016, com aulas as quartas-feiras, de 14:00 as 16:00 (duas horas semanais), com conteúdo programático envolvendo gramática, conversação, leitura e compreensão auditiva e escrita e com duração de seis meses.

As aulas foram planejadas exclusivamente para alunos idosos, que, pela idade, possuem algum tipo de limitação, por isso, o uso de músicas ou curtas

metragens[2], sempre que possível nas aulas teóricas, foram de fundamental importância para melhorar a compreensão auditiva e leitura.

Além do mais, esses recursos foram usados como forma de dinamizar as aulas, pois entre os alunos ficou evidente seus vários objetivos, que variaram entre aprender uma nova língua, melhorar seus conhecimentos para viajar, e aproveitar as aulas para fazer novas amizades.

No entanto, o mais interessante em todas as aulas, é que sempre ficava uma vontade de aprender mais, de continuar o curso ou fazer o curso novamente, por isso na construção do curso foi importante considerar o perfil dos destinatários como elemento decisivo para o sucesso do curso.

Como apontam Pandofi, Pinto e Teixeira (2008) algumas atitudes são decisivas e devem ser priorizadas na relação entre docente e aluno de terceira idade, como o encorajamento e a diminuição de barreiras psicológicas que venham causar inibição ou falta de confiança em si mesmo. Portanto, os alunos sempre eram estimulados pela professora para falar sobre o assunto, para conversar, para ler e cantar nos momentos das músicas.

Pois como as autoras ainda afirmam, além de apresentarem mais dificuldade em memorizar o novo léxico, ainda encontraram em seu estudo que os alunos em questão apresentavam um baixo nível de escolaridade e já estavam afastados dos estudos há um bom tempo.

Além desse, deve-se considerar as limitações físicas que chegam com a idade como a dificuldade de enxergar, ouvir e até escrever, que exige mais paciência e dedicação do professor para que o aluno não desista de seu intento de aprender um novo idioma e, tampouco, o professor de ensinar (PANDOFI, PINTO, TEIXEIRA, 2008).

Aspecto também observado pela autora nas aulas por ela ministrada na UnATI/PE, pois como o aluno não está inserido no contexto da língua estrangeira (afinal ele é brasileiro), e as aulas eram ministradas só uma vez por semana, notou-se que o esquecimento das aulas passadas, pelos idosos, eram muito frequentes.

Outro fator relevante, foi o surgimento da mistura do espanhol com a língua mãe. Que, segundo Ribeiro e Parada (2015), por o português e o espanhol possuírem pontos em comum, há influência do idioma estrangeiro sobre

2 As letras das músicas foram inseridas na apostila como parte anexa. Já os curta-metragens e outras atividades lúdicas, que não puderam ser incluídas na apostila, foram apresentadas de outras formas.

o idioma materno. Dessa forma, a aprendizagem de um língua estrangeira é de grande utilidade e proporciona ao sujeito aprendiz uma base.

De forma a evitar algumas interferências inadequadas de um idioma sobre o outro, pois os dois idiomas são considerados línguas irmãs – derivadas do latim, coube a professora ajudar neste processo para nivelar esta desvantagem.

Ainda vale salientar que o comportamento de cada aluno foi mais um desafio a ser conquistado pela professora, pois notou-se que alguns tinham a necessidade de atenção, outro gostavam de falar e contar suas experiências, enquanto outros alunos eram muito calados e envergonhados, abrindo um leque de variáveis para esse tipo de comportamento, como a dificuldade na pronuncia ou o conhecimento inicial da língua espanhola.

Convém esclarecer que a professora para ministrar as aulas de língua espanhola para a terceira idade, além de atestar proficiência na língua espanhola (DELE B1), também acumulava experiência como docente no curso de mestrado como estagiária à docência, "sabendo que a sala de aula é um espaço de trocas, é um momento mágico de intercâmbio cultural onde se celebra o conhecimento" (PANDOFI, PINTO, TEIXEIRA, 2008).

## Considerações finais

O aumento da população idosa, verificado em todo o mundo, reivindica estudos específicos que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida desse segmento da população, alterando o estigma do Brasil de país jovem. (KUNST, 2015).

Ao longo de sua história, as UTIs desenvolveram a vocação de propiciar programas de lazer e programas educativos à população de adultos maduros e idosos, promover pesquisas visando à produção de conhecimentos acerca do processo de envelhecimento, formar profissionais para atuar na área de gerontologia, prestar serviços preventivos de saúde aos idosos e promover a integração entre as gerações (CACHIONI, 1999).

Portanto, conclui-se que as UTIs são de grande sucesso, uma vez que vêm criando oportunidades de desafio intelectual e promovendo bem-estar a adultos maduros e idosos, que estão em busca de um envelhecimento bem-sucedido. Seus programas devem servir como espaço educacional, cultural e político, em que os alunos possam usufruir de uma vida mais saudável, participativa e produtiva nas sociedades em que estão inseridos (GOMES, LOURES, ALENCAR, 2005).

Assim, na UnATI/UFPE, se cria, no encontro com o outro, com comportamentos, atitudes e hábitos que levam a múltiplas formas de sociabilidade. A rede de relações sociais é tecida pelo contato cotidiano nos cursos e atividades da UnATI/UFPE, cabendo aos alunos escolherem, no conjunto das ofertas, o tipo de participação coletiva, trocando ideias que extrapolam o espaço físico da sala e essa amizade é levada para suas vidas sociais e não mais acadêmica, dentro da UnATI/UFPE.

Entendendo que é na escola onde o professor é quem melhor conhece seus alunos, o ensino da língua espanhola na UnATI/UFPE representou como uma das formas de empoderamento e criação de laços de amizades, que podem estar presente nesse espaço proporcionado pela UFPE aos idosos.

A partir desse fato e de observações feitas pela professora e por algumas sugestões dos próprios alunos ao longo do curso, a professora começou a refletir sobre ferramentas facilitadoras para a assimilação e aprendizagem da língua espanhola em aula.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BARRETO, K. M. L. Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI/UFPE): um perfil sócio-epidemiológico dos participantes. 1999. 146 f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz Instituto Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva – NESC, 1999.

BRASIL. Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994.

_____. Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso. Brasília, 2003.

_____. Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos. Coordenação Geral dos Direitos do Idoso. Dados sobre o envelhecimento no Brasil. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dadosestatisticos/DadossobreoenvelhecimentonoBrasil.pdf>.

CACHIONI, Meire. Universidades da terceira idade: das origens à experiência brasileira. In: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. Velhice e sociedade. (Coleção Vivacidade). Campinas: Papirus, 1999, 232 p.

CARLOS, V. G.; BORDINI, M. Ensino de língua estrangeira por meio de gêneros textuais: qual é a percepção dos professores em formação? Revista X, Curitiba, v. 1, n. 0, p. 1-23, jan./jun. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>.

FENALTI, R. C. S.; SCHWARTZ, G. M. Universidade aberta à terceira idade e a perspectiva de ressignificação do lazer. Revista Paulista de Educação Física, Universidade de São Paulo, v. 17, n.2, p. 131-141, 2003.

FINATO, M. da S. S. A Universidade Aberta à Terceira Idade e as redes de apoio afetivo e social do idoso. 2003. 161 f. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Estadual Paulista. Marília, 2003.

GOMES, L; LOURES, M. C.; ALENCAR, J. Universidades abertas da terceira idade. Revista História da Educação, ASPHE/FaE/UFPel, Pelotas, v. 9, n.17, p. 119-135, abr. 2005.

KUNST, M. H.; SANTIAGO, M. de F. Hotéis e acessibilidade: uma forma de inclusão do idoso. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, 4., 2015, Campina Grande. Anais eletrônicos..., Campina Grande: CIEH, 2015. Disponível em: < http://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA8_ID232_ 26082015092843.pdf>.

KUNST, M. H. Hotéis acessíveis para idosos(as): eles já existem. Um estudo de caso. 2013. 111 f. Monografia (Bacharelado em Economia Doméstica) - Departamento de Ciências Domésticas, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2013.

KUNST, M. H. Os desafios de ministrar aulas para idosos(as). In: Olhar de Professor, 20(2), 283-290. 2017. Disponível em: https://revistas.apps.uepg.br/index.php/olhardeprofessor/article/view/12408

MACHADO, H. B.; CHAVES, M. I.; OLIVEIRA, R. C. S. Inglês na terceira idade: um sonho tornando-se realidade. Revista Conexão UEPG, v. 1, p. 36-38, 2009.

MORAIS, B. B. A utilização dos gêneros textuais para a leitura em espanhol: material didático e documentos oficiais. Cadernos de Pós-Graduação em Letras, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 68-90, jan./jun. 2016.

OIANOSKI, C. R. FERNANDES, P. H. C. O professor de língua inglesa: ensinando a terceira idade. In: ANAIS do VI EDUCERE - Congresso nacional de educação da PUCPR – PRAXIS. Curitiba: Champagnat, 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.

OLIVEIRA, H. F. de. À flor da (terceira) idade: crenças e experiências de aprendizes idosos de língua estrangeira (inglês). 2010. 190 f. Dissertação (mestrado em Linguística Aplicada). Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

OLIVEIRA, R. de C.; OLIVEIRA, F. da S. Um novo olhar sobre a terceira idade: a universidade aberta para a terceira idade. In: ANAIS do VI EDUCERE - Congresso nacional de educação da PUCPR – PRAXIS. Curitiba: Champagnat, 2006.

PANDOFI, M. A.; PINTO, G. K.; TEIXEIRA, A. Vivências em sala de aula: o ensino-aprendizagem da língua espanhola para a terceira idade. Cadernos de Letras (UFRJ), v. 24, p. 157-166, 2008.

PASCHOAL, S. M. P.; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: FILHO, E. T. C; NETTO, M. P. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 19-34.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, R. P. Terceira idade: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UnATI/UERJ, 1997, 192 p.

PROExC. UNATI. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. 2016. Disponível em: <https://www3.ufpe.br/proexc/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid =135>.

RIBEIRO, L.; PARADA, A. A. Tercera edad: un buen momento para aprender uma lengua extranjera. Olhar de professor, Ponta Grossa, v. 18, n. 1, p. 11-19, jan./jun. 2015.

SCORTEGAGNA, P. A.; OLIVEIRA, R. de C. da S. Desenvolvimento socioeducacional em adultos. Paraná, 2015.

SOUZA, A. B. de.; PURIFICACAO, A. P. S. da.; LIRA, N. C. de. UnAti: reinventando a vida na terceira idade. 1999. 93 f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 1999.

# CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: CONHECIMENTO EM SAÚDE BUCAL, SOBRECARGA PERCEBIDA NO CUIDADO E IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA.

Andréia Affonso Barretto Montandon[1]
Lígia Antunes Pereira Pinelli[2]

**Resumo:** Considerando o alarmante quadro de envelhecimento com dependências e a crescente institucionalização, o cuidador formal assume destacada importância no processo de cuidados e promoção de saúde do idoso institucionalizado. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento sobre saúde bucal, a sobrecarga percebida e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de cuidadores formais de idosos de duas ILPs. Um estudo transversal com 41 cuidadores formais entrevistados coletou sócio-demográficos, variáveis relacionadas ao conhecimento em saúde bucal e aplicou as escalas *Burden Interview – BI* e OHIP-14, avaliando-se descritivamente. Os principais resultados mostraram que a idade média dos cuidadores foi de 38 anos, sendo a sua maioria de mulheres casadas; 48,8% entre 11 e 16 anos de escolaridade formal, com tempo médio de carreira de 1,5 ano. Considerando o grau de conhecimento em saúde bucal, 87,8% dos cuidadores analisados haviam recebido instrução prévia sobre como cuidar da saúde bucal do idoso, embora 41,5% se recusasse a prestar os devidos cuidados bucais rotineiros, principalmente devido à falta de cooperação do idoso. A partir da aplicação da escala *Burden Interview* notou-se que 22% dos cuidadores apresentaram sobrecarga de trabalho ligeira e para 2,4% dos mesmos, esta foi intensa. Entre as sete dimensões do OHIP-14 verificou-se maior impacto entre os cuidadores para o desconforto psicológico (15,9%) com média geral de 0,53 + 0,87 pontos.

1 Docente da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara, andreia.montandon@unesp.br

2 Docente da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara, ligia.pinelli@unesp.br

O conhecimento da realidade encontrada deve orientar e estimular políticas e programas de educação e valorização do cuidador formal de idosos institucionalizados.

**Palavras-chave:** Idoso, Cuidadores, Assistência Odontológica para Idosos, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Serviços de Saúde para Idosos.

## Introdução

Considerando o aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população mundial, a abordagem das doenças crônicas, a qualidade de vida no envelhecimento, bem como a utilização dos serviços médicos e de cuidadores que atendam as múltiplas necessidades em serviço de saúde e cuidados básicos com o idoso tem sido assuntos de grande discussão (BÄHLER et al., 2015; AINAMANI et al., 2020).

A dependência e a falta de apoio familiar têm levado a uma crescente institucionalização (FITZPATRICK, 2000) e entre estes idosos, a saúde bucal é considerada precária mundialmente com cuidados insuficientes (SIMONS et al. 1999, IGLESIAS-CORCHERO, GARCÍA-CEPEDA, 2008) e apenas direcionado a procedimentos de urgência e não rotineiros (MacENTEE et al., 2004; SCHEMBRI, FISKE, 2005), situação considerada crítica e de negligência, sendo agravada com o maior grau de dependência, ou seja, de comprometimento funcional e cognitivo (KNABE, KRAM, 1997; FITZPATRICK, 2000; MORISHITA et al., 2001; CALDAS, 2003; IGLESIAS-CORCHERO, GARCÍA-CEPEDA, 2008; URRUTIA et al., 2012).

A saúde bucal exerce grande importância sobre as condições de mortalidade e morbidade, incluindo as doenças respiratórias, cardiovasculares (YONEYAMA et al., 2002; ABE et al., 2006; PORTELLA et al., 2015) e condições nutricionais (POISSON et al., 2016; BARBE et al., 2020).

O número de microorganismos patogênicos na cavidade bucal do idoso é considerado maior em comparação aos adultos mais jovens, o que determina um aumento da susceptibilidade a infecção e decréscimo na capacidade de auto-cuidado (URRUTIA et al., 2012), principalmente entre os idosos institucionalizados (MORISHITA et al., 2001). O maior consumo de medicamentos contribui ainda para redução acentuada do fluxo salivar (MELLO et al, 2009). Assim, os idosos institucionalizados tendem a apresentar condições bucais precárias, com alta necessidade de tratamento odontológico, presença de cáries, doença periodontal e perda dentária, bem como condições de higiene bucal e protéticas insatisfatórias (KNABE, KRAM, 1997; IGLESIAS-CORCHERO, GARCÍA-CEPEDA, 2008).

Estudo recente de Nakajima et al. (2020) em pacientes idosos hospitalizados verificaram que a pneumonia bacteriana tem uma forte e significativa relação com candidíase oral, seguido pela higiene oral deficiente e boca

ISBN 978-65-86901-26-9

severamente seca. Adicionalmente, a falta de cuidados relativos a saúde bucal do idoso interferem também em sua qualidade de vida (AVLUND et al., 2001), causando dor, dificuldade na fala e mastigação deficiente com perda de auto-estima e como consequência, necessidade de tratamentos mais complexos de saúde (BOCZKO et al., 2009). Sendo assim, a manutenção da higiene bucal e a prestação de cuidados rotineiros em saúde bucal estão entre as atividades necessárias para promoção de saúde (HOLMES; MONTAIN, 1993) e a própria sobrevivência do idoso. A escovação profissional regular é considerada um método eficiente para melhorar a higiene bucal dos idosos e pode contribuir para uma melhor condição nutricional e de qualidade de vida (BARBE et al., 2020).

Nas Instituições de Longa Permanência, os cuidadores formais, ou seja, aqueles contratados pelas mesmas, são os principais responsáveis pela supervisão ou provimento das necessidades básicas dos idosos dependentes em diferentes níveis, sendo na maioria das instituições, orientados pela área de enfermagem, tendendo a apresentar sobrecarga de trabalho, com baixa priorização dos cuidados com higiene bucal (ROVIDA et al., 2013).

Estes cuidadores nem sempre recebem o treinamento necessário para que os cuidados em saúde bucal sejam qualificados, efetivos, valorizados e priorizados no contexto dos cuidados multidisciplinares (REIS et al., 2001) e interprofissionais direcionados ao idoso fragilizado e dependente, apesar dos cuidadores possuírem uma tendência de mostrar que conhecem seu papel neste contexto (ROVIDA et al., 2013). Cuidadores estudados por Rovida et al. (2013) relataram que a saúde bucal consiste somente de hábitos de higienização e boa alimentação, sem compreensão da mesma como qualidade de vida.

Contudo, estudos revelam que o conhecimento dos cuidadores sobre o cuidado à saúde bucal do idoso é variável (MELLO et al., 2009; REIS et al., 2011), com deficiências de conhecimento, percepções negativas e atitudes equivocadas destes em relação à saúde bucal do idoso que se refletem nas práticas de cuidado deficientes que, em alguns casos, podem vir a comprometer a qualidade dessas práticas, considerando-se a complexidade das várias dimensões envolvidas no processo de cuidar (WANG et al., 2015). Para Reis et al. (2009), a falta de uma rotina de cuidados em saúde bucal para idosos dependentes torna tais procedimentos um fator de sobrecarga para os cuidadores, o que muitas vezes não é alvo de políticas amplas de cunho social.

A sobrecarga do cuidador é definida como um fator multidimensional em resposta ao estresse percebido e avaliações negativas que derivam da

prestação de cuidados a uma pessoa doente (KIM et al., 2012). Os fatores de risco com potencial de afetar a carga de cuidado incluem o sexo feminino, ter menor escolaridade, viver na mesma casa, prestar cuidado por longas horas, ter depressão, isolamento social, estresse financeiro e ausência de escolhas (ADELMAN et al., 2014), embora em estudo de Keir et al (2006) com pacientes com câncer, a maior escolaridade tenha se correlacionado com o maior estresse no cuidar. Outros preditores podem incluir os problemas de saúde existentes do cuidador, a capacidade do cuidador de manter sua própria saúde e o grau de dependência do paciente (BEKDEMIR; ILHAN, 2019).

A demência é considerada uma das principais causas de incapacidade e dependência e os cuidadores formais e informais representam a interface entre os pacientes e os serviços de saúde. Com o objetivo de avaliar as necessidades percebidas dos cuidadores e relacioná-los às suas próprias características socioculturais e às características clínicas dos pacientes, estudo de Cova et al. (2018) verificou que escores mais altos de necessidades foram associados a uma grande sobrecarga no cuidado e foram relacionados a um perfil comportamental e psicológico mais grave dos pacientes com demência.

Ainamani et al. (2020) mencionaram comportamentos problemáticos do paciente como perambulação e agressão, sua saúde física do paciente e deterioração cognitiva como fatores estressantes e causadores de sobrecarga, além de aspectos psicossociais e econômicos do próprio cuidador, como questões financeiras, conflitos familiares, ansiedade e uso indevido de substâncias. Para os autores, os cuidadores formais e informais de pessoas que vivem com demência possuem estressores físicos, financeiros e psicológicos.

Segundo Bianchi et al. (2016), a aplicação da escala *Zarit Burden Interview* em cuidadores de idosos mostra-se interessante e as associações entre altos graus de sobrecarga, enfrentamento disfuncional e depressão apontam um cenário peculiar de vulnerabilidade e no mencionado estudo em que mais de 70% dos cuidadores eram do sexo feminino, os maiores escores de sobrecarga se correlacionaram positivamente com demandas de cuidado, depressão e estratégias de enfrentamento não funcionais.

Adicionalmente, Xie et al. (2016) estudaram escores de qualidade de vida pelo SF-36 de cuidadores familiares de idosos com doenças crônicas e verificaram que estes apresentavam maior comprometimento das condições mentais do que das físicas, ressaltando a importância de abordar a saúde mental dos cuidadores familiares. Perpiñá-Galvañ et al. (2019) também estudaram cuidadores familiares e verificaram alta prevalência de ansiedade, fadiga e

sobrecarga intensa em 41,6% dos cuidadores, o que se correlaciona com uma piora de sua própria saúde.

Estudo de Tang et al. (2019) com cuidadores de idosos com demência ou com outras condições crônicas verificou ainda que mais da metade dos cuidadores relatou que o ato de cuidar interferiu em suas vidas de algum modo, o que foi inversamente dependente do nível de percepção de apoio recebido, independentemente do grupo de cuidadores. Segundo os autores, tal informação tem o potencial de direcionar pesquisas e práticas futuras no desenvolvimento de serviços de apoio para cuidadores.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o grau de conhecimento básico relacionado a saúde bucal de idosos institucionalizados, o grau de percepção de sobrecarga no cuidado dos mesmos e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) de cuidadores formais trabalhadores de duas Instituições de Longa Permanência (ILP) para idosos da cidade de Araraquara, SP.

## Metodologia

**População de estudo:** A população de estudo consistiu de uma amostra de conveniência de 83 cuidadores formais trabalhadores de duas Instituições de Longa Permanência de Araraquara – SP (Lar São Francisco de Assis e Vila Vicentina) que trabalham com idosos dependentes e que consentiram em participar do presente estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A presente pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP sob Protocolo 76/11.

**Variáveis de estudo:** As variáveis foram coletadas por meio de questionário especialmente elaborado aplicado por um único entrevistador previamente treinado. Por solicitação da Instituição, parte foi realizada por entrevista e parte foi encaminhada para preenchimento e posterior devolução pelos cuidadores.

- ***Variáveis sócio-demográficas:*** foram coletadas variáveis que incluíram a idade, sexo, tempo de escolaridade em anos completos, nível formal de escolaridade e estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo).
- ***Variáveis relacionadas ao conhecimento em saúde bucal, práticas e situações de trabalho dos cuidadores:*** tal grupo de variáveis baseou-se em metodologia utilizada por Chiba et al. (2009), incluindo cinco domínios gerais, ou seja, características e carreira; visão de saúde; conhecimento, prática e comportamento a respeito de saúde oral;

conteúdo sobre serviços em saúde bucal e cuidados orais para idosos dependentes na instituição.

- ***Sobrecarga percebida do cuidador***: a avaliação da sobrecarga, ou seja, do impacto do estresse no bem-estar físico e psicológico dos cuidadores foi realizada utilizando a escala *Zarit Burden Interview - ZBI* (ZARIT et al., 1980; ZARIT et al., 1987; WHITLATCH et al., 1991). Com 22 questões, tal instrumento permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador e inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Cada item foi pontuado como: nunca (0), quase nunca (1), às vezes (2), muitas vezes (3) e quase sempre (4). Apesar do escore global variar de 0 a 88, neste caso variou de 0 a 80 pela exclusão de duas perguntas especificamente direcionadas a cuidadores familiares (informais). Os pontos de corte foram mantidos, sendo estes, inferior a 46 – sem sobrecarga, 46 a 56 – sobrecarga ligeira e superior a 56 – sobrecarga intensa. A versão brasileira da ZBI é considerada um instrumento padronizado e válido, que pode ser utilizado no estudo do impacto de doenças mentais e físicas nos cuidadores informais (SCAZUFCA, 2002).
- ***OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-OHIP, forma reduzida):*** instrumento de medida do impacto da saúde bucal na qualidade de vida diária do indivíduo, sendo proposto por Slade et al. (1996) e traduzido e validado para o uso no Brasil por Almeida et al. (2015). O OHIP-14 foi incluído no questionário como medida de impacto social dos problemas que podem comprometer a saúde bucal dos cuidadores, sendo estes questionados se sempre (escore 4), repetidamente (escore 3), às vezes (escore 2), raramente (escore 1) ou nunca (escore 0) têm passado pela experiência de ter os problemas relacionados nos 14 itens do OHIP durante os últimos seis meses, considerando assim a escala de *lickert*, que indica o grau de impacto de cada item[25]. Sete dimensões compõem a escala, sendo estas: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Os escores do OHIP-14 foram calculados pelo método de contagem simples, verificando-se a frequência de respostas com qualquer impacto, ou seja, diferentes de zero.

**Análise dos resultados:** Os resultados encontrados foram analisados de forma descritiva.

## Resultados e discussão

Embora o objetivo deste estudo tenha sido delineado, as limitações deste referem-se ao fato da amostra estudada ser composta inicialmente por 83 cuidadores formais provenientes de duas Instituições de Longa Permanência que trabalham em sua maioria com idosos dependentes com alto grau de comprometimento cognitivo e funcional, mas apenas 41 destes cuidadores responderam a totalidade das questões após relatarem falta de tempo para responder a todas as perguntas e para um segundo momento de entrevista.

Considerando os 41 cuidadores estudados, a maior parte destes eram do sexo feminino (97,6%), sendo a média de idade de 37,6 anos, em sua maioria, casadas ou amasiadas (70,7%), com média de 9,5 anos de escolaridade. Os cuidadores do sexo feminino são considerados de maior risco para apresentar sobrecarga nos cuidados em saúde do idoso dependente

(ADELMAN et al., 2014; BEKDEMIR, ILHAN, 2019) e tem sido maioria entre os cuidadores em diversos estudos (AINAMANI et al., 2020; ADELMAN et al., 2014; BEKDEMIR, ILHAN, 2019), enquanto os mais jovens são relatador apresentar maior estresse relativo ao cuidado (KEIR et al., 2006).

Quando perguntados se tiveram educação formal na área de saúde, a resposta foi positiva para apenas 34,1%, já que os demais foram treinados em serviço. No entanto, 87,8% relataram que já receberam orientações de como cuidar da saúde bucal dos idosos, principalmente como escovar e passar o fio dental (29,3%), mas 92,7% relataram escovar as próteses dos idosos e apenas 19,5% receberam instruções específicas relacionadas à higienização destas. A maior parte dos cuidadores formais (87,8%) relataram ter realizado procedimentos de higiene bucal em idosos dependentes e 75,6% tiveram treinamento formal nesta área.

Contudo, a efetividade desta higienização é fundamental para prevenção da pneumonia entre idosos (NAKAJIMA et al., 2020) devido à alta contaminação por fungos das bases de próteses removíveis (BIANCHI CMPC et al., 2016) e assim, considerando a frequente falta de formação e desconhecimento de conceitos fundamentais de saúde bucal entre cuidadores de idosos, a literatura tem trazido questões importantes sobre programas voltados a capacitação destes cuidadores para o provimento de cuidados em saúde bucal (DIOGO et al., 2005; PORTELLA et al., 2015). Para Urrutia et al. (2012), com conhecimento, treinamento contínuo e acompanhamento direto,

ISBN 978-65-86901-26-9

experiências favoráveis em programas educativos direcionados a cuidadores de indivíduos dependentes são passíveis de sucesso, embora para Wang et al. (2015) a educação em saúde bucal direcionada aos cuidadores possa ter efetividade limitada para os idosos.

Entre as razões de maior relevância para uma higiene bucal inadequada do idoso dependente foi mencionada a falta de colaboração deste, visto que 39% justificaram que este não abre da boca e para 31,7%, a razão é a não cooperação propriamente dita. Quando questionados sobre as razões que os levavam a serem relutantes em fornecer cuidados bucais para o idoso novamente a não colaboração do mesmo foi mencionada, sendo que as justificativas foram não cooperação do idoso de modo geral (43,9%), não abertura a boca (34,1%) e resistência física violenta (26,8%). A dependência é vista na literatura como importante fator de dificuldades, estresse e sobrecarga do cuidador, além de problemas de saúde existentes do cuidador e a sua capacidade de manter sua própria saúde (ADELMAN et al., 2014; COVA et al., 2018; BEKDEMIR, ILHAN, 2019; AINAMANI et al., 2020). Segundo Ainamani et al. (2020), os cuidadores formais e informais de pessoas com demência possuem estressores físicos, financeiros e psicológicos.

De acordo com a frequência das respostas positivas ou negativas dos cuidadores a questão "Qual tipo de conhecimento e habilidade você acha que é necessário para o idoso dependente?", para 48,8% dos cuidadores o idoso não precisa saber escovar os dentes, ter cuidados com as dentaduras (39%), remover e colocar suas dentaduras (46,3%), remover restos de comida (51,2%) ou ainda remover depósitos de sujeira na língua (48,8%), mostrando desconhecer e relevar princípios básicos de estímulo cognitivo para os idosos dependentes.

Os cuidadores foram também indagados sobre conhecimento relativo a conceitos básicos de saúde e doença na área de odontologia. Todos os cuidadores tinham conhecimento que a cárie era a doença bucal mais comum e pode ser evitada e para 75,6% dos cuidadores, os depósitos moles eram resíduos alimentares, 39% os relacionaram com placa bacteriana e 26,8% com metabolismo bacteriano. Para 61% dos cuidadores, para cuidar da saúde bucal dos idosos é necessário saber cuidar das próteses, para 53,7%, remover e colocá-las, e para 51,2%, escovar os dentes e língua. Quanto à doença periodontal, o sinal ou sintoma mais frequentemente lembrado pelos cuidadores foi o do sangramento gengival (68,3%), embora somente 41,5% responderam acertadamente ao fato da mobilidade dentária ocorrer devido à perda óssea. De acordo com as respostas às questões relacionados a placa bacteriana e doença periodontal,

61% dos cuidadores preocupam-se com a higiene da prótese, apesar de 51,2% saberem da importância da escovação da língua e dos dentes.

Em estudo recente, Barbe et al. (2020) ressaltaram a importância da higiene profissional regular na melhoria das condições nutricionais e qualidade de vida de idosos dependentes. A carência de informações adequadas, e portanto, de conhecimento em saúde bucal entre cuidadores de idosos foi identificada de modo semelhante também por Urrutia et al. (2012) e concordando com resultados do estudo de Rovida et al. (2013), os cuidadores não tiveram a compreensão da saúde bucal como princípio de qualidade de vida.

Observou-se ainda que 41,5% dos cuidadores se mostraram relutantes em realizar cuidados de higiene bucal em idosos dependentes e quando questionados sobre as razões para a sua relutância em executar os procedimentos de cuidados bucais nos idosos, as mais comuns foram a não cooperação deste (43,9%), o fato deste não abrir a boca (34,1%), a resistência física violenta (26,8%), o medo de machucar o idoso (17,1%) e a falta de conhecimento da prática (9,8%). Quanto às razões para a higiene bucal de idosos dependentes realizada de modo inadequado, 39% novamente mencionaram a falta de abertura suficiente da boca e falta de cooperação dos mesmos (31,7%). As dificuldades na higiene bucal de idosos dependentes e a falta de rotina de cuidados para os mesmos são fatores mencionados como capazes de gerar sobrecarga para os cuidadores (REIS et al., 2009), e idosos dependentes com comportamento agressivo também são fatores importantes a serem considerados nas dificuldades durante a prestação de cuidados (AINAMANI et al., 2020).

Quanto ao fato da pneumonia aspirativa poder ser prevenida por uma higiene bucal eficaz, Chiba et al. (2009) relataram que este conhecimento foi praticamente inexistente em seu estudo, ao contrário do presente estudo, cujo valor de concordância total foi de 53,6% entre os cuidadores. Um estudo recente concluiu que a pneumonia bacteriana tem uma forte e significativa relação com candidíase oral, além de higiene bucal deficiente e boca severamente seca (NAKAJIMA et al., 2020), fatores importantes que ressaltam ainda mais a importância de uma rotina eficaz de cuidados na prevenção da morbidade e mortalidade entre os idosos.

Apesar das dificuldades relatadas no presente estudo, 90,2% dos cuidadores reconheceram a importância da saúde bucal para os idosos, de modo semelhante ao estudo de Chiba et al. (2009), em que a maior parte (92,7%) dos cuidadores o fizeram. Tais autores relataram que 92,2% dos cuidadores

estavam interessados no tema saúde bucal para idosos dependentes e 32,4% estavam relutantes para a prática de cuidados, enquanto no presente estudo, tais percentuais foram 87,8% e 41,5%, respectivamente para as questões formuladas; cerca de 36% discordaram totalmente que estariam relutantes.

A falta de uma rotina de cuidados em saúde bucal para idosos dependentes torna tais procedimentos um fator de sobrecarga para os cuidadores (REIS et al., 2009; SEQUEIRA, 2010), o que muitas vezes não é alvo de políticas amplas de cunho social (KARSCH, 2003) e esta sobrecarga pode prejudicar a saúde do cuidador e do próprio idoso que passa a não ser assistido de forma a preencher integralmente suas necessidades (MATTEVI et al., 2012).

Para rastrear o perfil de sobrecarga dos cuidadores estudados, foi aplicada a escala de sobrecarga do cuidador denominada *Burden Interview - BI* (ZARIT et al., 1980; ZARIT et al., 1987; WHITLATCH et al., 1991) e que avalia a sobrecarga percebida do cuidador. De modo geral, 24,4% dos entrevistados apresentaram algum tipo de sobrecarga, com apenas 2,4% apresentaram sobrecarga intensa, valores bem menores do que aqueles obtidos por Keir et al. (2006), Sequeira (2010) e Bianchi et al. (2016).

Em relação a escolaridade em anos completos e o grau de sobrecarga dos cuidadores, todos os cuidadores que estudaram durante até cinco anos apresentaram-se sem sobrecarga. Dos que estudaram durante seis a dez anos e durante onze a dezesseis anos, 20% e 30% apresentaram sobrecarga ligeira, respectivamente. Entre aqueles que estudaram durante onze a dezesseis anos, 6,7% apresentaram sobrecarga intensa, sugerindo por meio desta análise uma tendência ao aumento da sobrecarga segundo o nível educacional, o que também foi visto em estudo de Keir et al. (2006).

Segundo Bianchi et al. (2016), os maiores escores de sobrecarga se correlacionaram positivamente com demandas de cuidado, o que ficou claro também nos resultados anteriormente discutidos, além de depressão e estratégias de enfrentamento não funcionais. O ato de cuidar tende a interferir na vida do cuidador, sendo inversamente dependente do nível de percepção de apoio recebido, independentemente do tipo de cuidador (TANG et al, 2019).

Considerando as questões do instrumento, duas foram excluídas ("Você não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de seu paciente? e "Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu paciente, somando-se as suas outras despesas?") devido ao conteúdo das mesmas não se adequarem aos cuidadores formais.

ISBN 978-65-86901-26-9

Tabela 1 – Frequência percentual das respostas em relação ao exercício da função do cuidador (*Burden Interview*).

| Questões | Nunca | Quase nunca | Às vezes | Muitas Vezes | Quase sempre |
|---|---|---|---|---|---|
| *Você sente que seu paciente pede mais ajuda do que ele (a) necessita?* | 7,3 | 9,8 | 58,5 | 12,2 | 9,8 |
| *Você sente que por causa do tempo que o você gasta com seu paciente o você não tem tempo suficiente para si mesmo?* | 53,7 | 26,8 | 9,8 | 7,3 | 2,4 |
| *Você se sente estressado (a) entre cuidar de seu paciente e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?* | 68,3 | 22 | 2,4 | 4,9 | 2,4 |
| *Você se sente envergonhado (a) com o comportamento de seu paciente?* | 92,7 | 4,9 | 2,4 | -- | -- |
| *Você se sente irritado (a) quando seu paciente está por perto?* | 95,1 | 4,9 | -- | -- | -- |
| *Você sente que seu paciente afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?* | 97,6 | -- | 2,4 | -- | -- |
| *Você sente receio pelo futuro de seu paciente?* | 36,6 | 7,3 | 41,5 | 7,3 | 7,3 |
| *Você sente que seu paciente depende de você?* | 9,8 | 2,4 | 17,1 | 17,1 | 53,7 |
| *Você se sente tenso (a) quando seu paciente está por perto?* | 92,7 | 2,4 | 2,4 | -- | 2,4 |
| *Você sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com seu paciente?* | 87,8 | -- | 12,2 | -- | -- |
| *Você sente que tem tanta privacidade como gostaria por causa de seu paciente?* | 48,8 | 14,6 | 22 | 9,8 | 4,9 |
| *Você sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque você está cuidando de seu paciente?* | 7,3 | 4,9 | 17,1 | 2,4 | 2,4 |
| *Você sente que seu paciente espera que você cuide dele como se você fosse a única pessoa de quem ele pode depender?* | 22 | 19,5 | 17,1 | 9,8 | 31,7 |
| *Você sente que será incapaz de cuidar de seu paciente por mais tempo?* | 82,9 | -- | -- | -- | 17,1 |
| *Você sente que perdeu controle de sua vida desde a doença de seu paciente?* | 85,4 | -- | 2,4 | 2,4 | 9,8 |
| *Você gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de seu paciente?* | 73,2 | 12,2 | 9,8 | 2,4 | 2,4 |
| *Você se sente em dúvida sobre o que fazer por seu paciente?* | 48,8 | 41,5 | 9,8 | -- | -- |
| *Você sente que deveria estar fazendo mais por seu paciente?* | 24,4 | 14,6 | 48,8 | -- | 12,2 |
| *Você sente que poderia cuidar melhor de seu paciente?* | 34,1 | 19,5 | 31,7 | 2,4 | 12,2 |
| *De uma maneira geral, quanto você se sente sobrecarregado por cuidar de seu paciente?* | 31,7 | 22 | 43,9 | 2,4 | -- |
| ***Média*** | **55,0** | **11,5** | **17,6** | **4,0** | **8,5** |

ISBN 978-65-86901-26-9

A frequência de respostas às questões da escala e as perguntas "Você sente que seu paciente depende de você?" e "Você sente que seu paciente espera que você cuide dele como se você fosse a única pessoa de quem ele pode depender?" que tiveram 53,7% e 31,7% de respostas "quase sempre" mostram a grande preocupação dos cuidadores com a responsabilidade no cuidado de um paciente fragilizado e dependente. Quase metade dos cuidadores (48,8%) responderam as vezes para a importante questão "Você sente que deveria estar fazendo mais por seu paciente?", demonstrando uma certa incapacidade diante das necessidades do idoso dependente.

Considerando o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos cuidadores por meio da aplicação do OHIP-14 (SLADE, 1997), a média dos escores totais foi de 0,53 (DP=0,87) e a dimensão que mais apresentou algum impacto foi a de dor física, com apenas 31,7% sem qualquer impacto, enquanto a desvantagem social apresentou 82,9% de ausência de impactos. Não houve impacto máximo da dimensão limitação funcional entre os cuidadores considerando o maior valor atribuído para escala. Entretanto, 15,9% deles apresentaram desconforto psicológico para o maior valor atribuído, ou seja, responderam "sempre". Nos estudos de Xie et al. (2016) e Perpiñá-Galvañ et al. (2019), as condições mentais e a fadiga foram verificadas entre os cuidadores, respectivamente, embora utilizando instrumentos diversos.

Tabela 2- Frequência das respostas de maior e menor impacto para as sete dimensões estudadas do OHIP-14.

| **Dimensões OHIP-14** | **Itens** | **Frequência do menor valor atribuído - % 0 (Nunca)** | **Frequência do maior valor atribuído - % 4 (Sempre)** |
|---|---|---|---|
| *Limitação Funcional* | 1 e 2 | 70,7 | -- |
| *Dor Física* | 3 e 4 | 31,7 | 2,4 |
| *Desconforto Psicológico* | 5 e 6 | 53,7 | 15,9 |
| *Incapacidade Física* | 7 e 8 | 80,5 | 7,3 |
| *Incapacidade Psicológica* | 9 e 10 | 67,1 | 12,2 |
| *Incapacidade Social* | 11 e 12 | 72,0 | 4,9 |
| *Desvantagem Social* | 13 e 14 | 82,9 | 4,9 |

Assim, os resultados referentes a dor física e desconforto psicológico chamam a atenção no presente estudo, principalmente porque a fadiga física

ISBN 978-65-86901-26-9

trata-se de condição comumente mencionada na literatura entre cuidadores (PERPIÑÁ-GALVAÑ et al., 2019) mas entre os cuidadores familiares as condições mentais são mais preponderantes para o estresse e perda de qualidade de vida (XIE et al., 2016).

Adicionalmente, considerando a variabilidade dos fatores que podem gerar estresse e sobrecarga no cuidado (ADELMAN et al., 2014, BEKDEMIR; ILHAN, 2019, AINAMANI et al., 2020), a qualidade de vida dos cuidadores está relacionada às suas estratégias de enfrentamento, que no caso dos cuidadores familiares pode ser melhorada por um enfrentamento focado na emoção ativa e com suporte social (Rodríguez-Pérez et al., 2017).

Para os cuidadores formais, as condições de trabalho, personalidade, suporte financeiro, jornada de trabalho, grau de dependência dos idosos e organização da rotina exercem provavelmente influência direta no grau de enfrentamento e qualidade de vida, considerando as diversidades de envolvimento emocional com o trabalho junto aos idosos. Assim, é importante ressaltar que o ato de cuidar interfere na vida do cuidador de alguma forma, sendo inversamente dependente do nível de percepção de apoio recebido, independentemente do tipo de cuidador (TANG et al., 2019).

As práticas educativas devem considerar os determinantes sociais das afecções bucais (FERREIRA et al., 2004) e a equipe interprofissional que presta assistência à ILP deve compreender que a motivação, colaboração o aprendizado contínuo é fundamental para resultados efetivos buscando-se uma equipe coesa, organizada e que represente um apoio sólido e confiável aos cuidadores formais.

Tal conceito, somado à desastrosa realidade que a institucionalização pode remeter, à necessidade de atendimento integral às necessidades do idoso dependente e de educação de forma contínua e eficaz dos cuidadores formais, remete à importância da organização de programas educativos direcionados a estes cuidadores com maior atenção a sua formação básica, tornando a rotina clara, eficiente e os cuidadores seguros de forma a não sobrecarregar a rotina de trabalho, gerando estresse, inseguranças, descaso, e portanto, perdas para o cuidado e para o cuidador.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

A maioria dos cuidadores formais estudados apresentaram alto grau de interesse pelo tema saúde bucal, realizam procedimentos na área e receberam informações, porém com formação insuficiente e superficial quanto ao tema, não permitindo segurança na aplicação de rotina prática de cuidados em saúde bucal para os idosos, em especial se estes apresentam comportamento tal que dificulte o trabalho. A sobrecarga foi percebida em algum nível por 24,4% deles e considerando o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos cuidadores, a dimensão que mais apresentou algum impacto foi a dor física e a que apresentou maior percentual de impacto máximo foi o desconforto psicológico.

Assim, a especificidade do envelhecimento e a consequente necessidade de uma abordagem diferenciada do idoso institucionalizado, em sua maioria dependente e abandonada, determinam um novo contexto para a atuação profissional e estabelecimento de cuidados em saúde bucal e tais resultados remetem a necessidade urgente de programas de cunho social e interprofissional para os cuidadores formais que devem ser educados, apoiados psicologicamente e inseridos em política pública inclusiva que envolva a valorização do cuidador formal, respaldando o idoso dependente, com ou sem suporte familiar.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABE, S., ISHIHARA, K., ADACHI, M. et al. Oral hygiene evaluation for effective oral care in preventing pneumonia in dentate elderly. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 43, p. 53–64, 2006. doi: 10.1016/j.archger.2005.09.002

ADELMAN, R, D., TMANOVA, L. L., DELGADO, D. et al. Caregiver burden: A clinical review. **JAMA**, v. 311, n. 10, 1052–1060, 2014. doi: 10.1001/jama.2014.304

AINAMANI, H. E., ALELE, P. E., RUKUNDO, G. Z. et al. Caring for people with dementia in rural Uganda: qualitative study of caregiving burden experienced by informal and formal caregivers. **Journal of global health reports**, v. 4, p. 1-15, e2020038, 2020. doi:10.29392/001c.12848

ALMEIDA, A. M., LOUREIRO, C. A., ARAÚJO, V. E. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na forma simplificada: parte I - adaptação cultural e linguística. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, **[S. l.],** v. 6, n. 1, 2015. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/10632. Acesso em: 7 nov. 2020.

AVLUND, K., HOLM-PEDERSEN, P., SCHROLL, M. Functional Ability and Oral Health Among Older People: A longitudinal Study from Age 75 to 80. **Journal of the American Geriatrics Society,** v. 49, p. 954-962, 2001. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49187.x

BÄHLER, C., HUBER, C. A., BRÜNGGER, B. et al. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. **BMC Health Services Research, v.** 22, p. 15–23, 2015. doi:10.1186/s12913-015-0698-2.

BARBE, A.G., KÜPELI, L.S., HAMACHER, S. et al. Impact of regular professional toothbrushing on oral health, related quality of life, and nutritional and cognitive status in nursing home residents. **Int J Dent Hygiene.,** v. 18, n. 3, p. 238– 250, 2020. doi: 10.1111/idh.12439

BEKDEMIR, A., ILHAN, N. Predictors of Caregiver Burden in Caregivers of Bedridden Patients. **The journal of nursing research: JNR**, v. 27, n. 3, e24, 2019. doi: 10.1097/jnr.0000000000000297

BIANCHI, C.M.P.C., BIANCHI, H.A., TADANO, T., et al. Factors related to oral candidiasis in elderly users and non-users of removable dental prostheses. **Rev Inst Med Trop Sao Paulo.** v. 58, n. 17, p. 1-5, 2016. doi: 10.1590/S1678-9946201658017

BIANCHI, M., FLESCH, L. D, ALVES, E. V. C. et al. Indicadores psicométricos da Zarit Burden Interview aplicada a idosos cuidadores de outros idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2835, 2016. doi: 10.1590/1518-8345.1379.2835.

BOCZKO F, MCKEON S, STURKIE D. Long Term Care and Oral Health Knowledge. **J Am Med Dir Assoc.,** v. 10, n. 3, p. 204-206, 2009. doi: 10.1016/j.jamda.2008.08.007

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. de Saúde Pública**., v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CHIBA, Y., SHIMOYAMA, K. AND SUZUKI, Y. Recognition and behaviour of caregiver managers related to oral care in the community. **Gerodontology,** v. 26, n. 2, p. 112-121, 2009. doi:10.1111/j.1741-2358.2008.00242.x

COVA, I., TRAVI, N., MAGGIORE, L. et al. What are the caregivers' needs on dementia care? An integrated qualitative and quantitative assessment. **Neurological Sciences,** v.39, p. 1085–1091, 2018. doi: 10.1007/s10072-018-3332-3

DIOGO, M. J. D. E., CEOLIM, M.F., CINTRA, F.A. Teaching program for elderly women who care for elderly relatives in their home: report of experience. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 1, p. 97-102, Mar 2005. doi: 10.1590/s0080-62342005000100013

FERREIRA, R. I., MORANO, J. R. M., MENEGHIM, M. C. et al. Educação em saúde bucal para pacientes adultos: relato de uma experiência. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 33, n. 3, p.149-156, 2004.

FITZPATRICK J. Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. **Journal of Advanced Nursing,** v. 32, n. 6, p. 1325-1332, 2000. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01631.x

HOLMES, S., MOUNTAIN, E. Evaluation of the state oral: evaluation of three oral evaluation guides. **J Clin Nurs.,** v. 2, n. 1, p. 35-40, 1993. doi: 10.1111/j.1365-2702.1993.tb00128.x

IGLESIAS-CORCHERO, A. M., GARCÍA-CEPEDA, J.R. Oral health in people over 64 years of age, institutionalized in Centres for the Aged in the Vigo Health District Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** v. 13, n. 8, p. 523-528, Aug 2008

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 861-866, June 2003. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300019

KEIR, S.T., GUILL, A.B., CARTER, K.E. et al. Differential levels of stress in caregivers of brain tumor patients—observations from a pilot study. **Support Care Cancer,** v. 14, p. 1258– 1261, 2006. doi: 10.1007/s00520-006-0090-1

KIM, H., CHANG, M., ROSE, K. et al. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. **Journal of Advanced Nursing,** v. 68, p. 4, p. 846–855, 2012. doi: 10.111/j.1365-2648.2011.05787.x

KNABE, C., KRAM, P. Dental care for institutionalized geriatric patients in Germany. **Journal of Oral Rehabilitation,** v. 24, n. 12, p. 909-912, 1997. doi:10.1111/j.1365-2842.1997.tb00294.x

MacENTEE, M.I., NOLAN, A., THOMASON, J.M. Oral mucosal and osseous disorders in frail elders. **Gerodontology**, v. 21, n. 2, p. 78-84, 2004. doi:10.1111/j.1741-2358.2004.00008.x

MATTEVI, B. S., BREDEMEIER, J., FAM, C., FLECK, M. P. Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. **Rev Panam Salud Publica,**. v. 31, n. 3, p. 188–196, 2012.

MELLO, A. L. S. F., MOYSÉS, S. J., CASTRO, R. G. Cuidado dirigido à saúde bucal: significados atribuídos por cuidadores de idosos. **Ciência, Cuidado E Saúde,** v. 8, n. 1, p. 27-33, Jan/Mar 2009. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v8i1.7768

MORISHITA, M., TAKAESU, Y., MIYATAKE, K. et al. Oral health care status of homebound elderly in Japan. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 28, n. 8, p. 717-720, 2001. doi:10.1046/j.1365-2842.2001.00713.x

NAKAJIMA, M., UMEZAKI, Y., TAKEDA, S., et al. Association between oral candidiasis and bacterial pneumonia: a retrospective study. **Oral Dis.,** v. 26, n. 1, p. 234-237, 2020. doi: 10.1111/odi.13216

PERPIÑÁ-GALVAÑ, J., ORTS-BENEITO, N., FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M. et al. Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care patients. **Int J Environ Res Public Health.** v. 16, n. 23, p. 4806-4835, Nov. 2019. doi: 10.3390/ijerph16234806.

POISSON, P., LAFFORD, T., CAMPOS, S. et al. Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalised elderly patients. **Gerodontology,** v. 38, n. 2, p. 161-168, Jun 2016. doi: 10.1111/ger.12123

PORTELLA, F. F., ROCHA, A. W., HADDAD, D. C. et al. Oral hygiene caregivers' educational programme improves oral health conditions in institutionalised independent and functional elderly. **Gerodontology**, v. 32, n. 1, p. 28-34, 2015. doi: 10.1111/ger.12049

REIS, S.C.G.B., MARCELO, V.C., SILVA, E.T. et al. Oral health of institutionalised elderly: a qualitative study of health caregivers' perceptions in Brazil. **Gerodontology.** V. 8, n. 1, p. 69–75, 2011. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00366.x

RODRÍGUEZ-PÉREZ, M., ABREU-SÁNCHEZ, A., ROJAS-OCAÑA, M. J. et al. Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. **Health Qual Life Outcomes**. v. 15, n. 71, p. 1-8, Apr. 2017. doi: 10.1186/s12955-017-0634-8

ROVIDA, T. A. S., PERICHINI, L. F. D., MOIMAZ, S. et al. O conceito de saúde bucal na visão dos cuidadores de idosos. **Odontlo Clin Cient.,** v. 12, n. 1, p. 43-46, jan/mar 2013. versão *On-line* ISSN 1677-3888

SAMPOGNA, F., JOHANSSON, V., AXTELIUS, B., ABENI, D.,SÖDERFELDT, B. A multilevel analysis of factors affecting the difference in dental patients' and caregivers' evaluation of oral quality of life. European Journal of Oral Sciences, v. 116, n.6, p. 531-537, 2008. doi:10.1111/j.1600-0722.2008.00578.x

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 24, n. 1, p. 12-17, Mar. 2002 . doi: 10.1590/S1516-44462002000100006

SCHEMBRI, A., FISKE, J. Oral health and dental care facilities in Maltese residential homes. **Gerodontology**, v. 22, p. 143-150, 2005. doi:10.1111/j.1741-2358.2005.00067.x

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 2, n. 12, p.9-16, 2010. Redalyc, https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239959003

SIMONS, D., KIDD, E. A. M., BEIGHTON, D. Oral health of elderly occupants in residential homes. **Lancet.** v.353, p. 1761, 1999. doi: 10.1016/S0140-6736(99)01343-4

SLADE, G.D., SPENCER, A.J., LOCKER, D. et al. Variations in the Social Impact of Oral Conditions Among Older Adults in South Australia, Ontario, and North Carolina**. Journal of Dental Research.** , v. 75, n. 7, p. 1439-1450, 1996. doi:10.1177/00220345960750070301

TANG, W., FRIEDMAN, D. B., KONNALEY, K. et al. Experiences of caregivers by care recipient's health condition: A study of caregivers for Alzheimer's disease and related dementias versus other chronic conditions. **Geriatr Nurs.** v. 40, n. 2, p. 181–184, 2019. doi:10.1016/j.gerinurse.2018.09.012

URRUTIA, G., C., ORMAZÁBAL, F. R., SANTANDER E. I. et al. Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. **Gerodontology**,v.29,p.742-747,2012.doi:10.1111/j.1741-2358.2011.00553.x

WANG, T.F., HUANG, C.M., CHOU, C., YU S. Effect of oral health education programs for caregivers on oral hygiene of the elderly: A systemic review and meta-analysis Int. **J. Nurs. Stud.,** v. 52, n. 6, p. 1090-1096. 2015. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.015

WHITLATCH, C. J., ZARIT, S. H., EYE, A. V. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis, **The Gerontologist,** v. 31, n.1, p. 9–14, Feb 1991, doi: 10.1093/geront/31.1.9

XIE, H., CHENG, C., TAO, Y. et al. Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. **Health Qual Life Outcomes,** v. 14, n. 99, p. 1-9, 2016. doi: 10.1186/s12955-016-0504-9

YONEYAMA, T., YOSHIDA, M., OHRUI, T. et al. Oral Care Reduces Pneumonia in Older Patients in Nursing Homes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 50, p. 430-433, 2002. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50106.x

ZARIT, S. H., ANTHONY, C. R., BOUTSELIS, M. Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. **Psychology and Aging,** v. 2, n. 3, p. 225– 232, 1987. doi: 10.1037/0882-7974.2.3.225

ZARIT, S.H., REEVER, K. E., BACH-PETERSON, J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden, **The Gerontologist,** v. 20, n. 6, p. 649–655, 1980. doi: 10.1093/geront/20.6.649

# FRAGILIDADE E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA ENTRE IDOSOS BRASILEIROS

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa[1]
Elisangela Vilar de Assis[2]
Ingridy Michely Gadelha do Nascimento[3]
Raimunda Leite de Alencar Neta[4]

**Resumo: OBJETIVO:** Analisar a associação entre fragilidade e violência sofrida por idosos brasileiros. **METODOLOGIA:** Estudo transversal realizado no ano de 2014 e nos meses de janeiro a junho de 2015, com idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município de Cajazeiras, localizado no alto sertão da Paraíba, nordeste do Brasil. Para a coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro refere-se à secção M do Saúde, bem-estar e envelhecimento/SABE, que trata da violência contra o idoso, e para analisar a fragilidade em idosos, utilizamos o instrumento proposto por Fried, que avalia cinco tópicos, que são: i) perda de peso não intencional; ii) exaustão avaliada pelo autorrelato de fadiga; iii) fraqueza muscular; iv) baixo nível de atividade física e v) lentidão. **RESULTADOS:** Os idosos frágeis em exaustão relataram violência psicológica, física ou financeira, porém estes resultados não foram estatisticamente significativos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prevalência de casos de violência, tanto no âmbito psicológico quanto no âmbito físico, refere-se aos idosos frágeis, conforme se observa nos dados apresentados em todas as tabelas. Isso serve de alerta para que a sociedade desperte quanto à observação e registro de qualquer tipo de violência contra o idoso. Além disso, as mídias têm que veicular mais exemplos de respeito às pessoas da terceira idade e divulgar mais formas de denúncia e identificação das vítimas, que sofrem caladas.
**Palavras-chave:** Idoso Fragilizado, Idoso, Violência Doméstica.

---

1 Pós-doutoranda pela Universidade Federal de Campina Grande- PB, ankilmar@hotmail.com;

2 Doutora do em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina do ABC - SP, ely.vilar@hotmail.com;

3 Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria - PB, michely_una@hotmail.com;

4 Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria - PB, alencarraimunda886@gmail.com.

## Introdução

O envelhecimento da população mundial desperta diversas discussões e novas observações sobre fatores como o ambiente em que o idoso vive, a legislação que o protege e garante seus direitos, e a sua segurança. A pessoa idosa pode apresentar uma elevada qualidade de vida, como consequência dos esforços realizados durante a vida, assim como também pode ter que lidar com condições de violência, desrespeito e doença, a exemplo da fragilidade (SANTOS, SOUZA, 2015; WHO, 2015).

A fragilidade representa um problema de saúde pública, pois acarreta, na maioria dos casos, a diminuição de autonomia e independência do indivíduo, aumentando o risco de agravos aos idosos, bem como os custos com os serviços a serem prestados. Esta síndrome e seu desencadeamento são resultantes da atuação de fatores biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais (LINCK; CROSSETTI, 2011; LLANO, 2015)

Os principais indícios desta síndrome são fraqueza, exaustão, redução da atividade física, velocidade da marcha ao andar, equilíbrio, força de preensão, perda de peso não intencional (DUARTE *et al.*, 2015). A fragilidade foi, então, definida a partir do momento em que o indivíduo apresente ao menos três destes critérios citados anteriormente, sendo, então, classificados como pré-frágil, frágil e não frágil, de acordo com a apresentação clínica (AVILA-FUNES *et al.*, 2009).

Assim, é conceituada como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas predizem complicações das mais variadas naturezas, tais como institucionalização, declínio funcional - um dos maiores temores de quem envelhece -, hospitalização e morte (ALVARADO *et al.*, 2008; RODRIGUEZ-MAÑAS *et al.*, 2013; SILVA; DEMILTO; LANDRE, 2015)

Assim como a fragilidade, a violência é considerada um grave problema social, com repercussões à saúde individual e coletiva (ZAPPE; DIAS, 2012). No Brasil, a violência contra a pessoa idosa se expressa por meio de diversas formas de discriminação, apresentando-as como pessoas "descartáveis" e um "peso" à sociedade, o que estimula casos de desrespeitos, agressões verbais e/ou físicas, tornando o idoso fragilizado (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

A violência contra o idoso é um fenômeno crescente e de grande complexidade que se revela em formas como a sociedade organiza as suas relações de gênero, classe, grupos etários e de como o poder é exercido (ROCHA *et al.*, 2018).

ISBN 978-65-86901-26-9

Quando o idoso precisa enfrentar o diagnóstico e convívio com a síndrome da fragilidade, a família possui um papel fundamental no cuidado e superação. Entretanto, o ambiente doméstico é onde o idoso vivencia cenas de violência em diversos âmbitos, principalmente negligência e abandono por parte dos filhos. Essa violência, em suas várias faces, é reconhecida por diferentes organizações mundiais – Organização Mundial de Saúde (OMS), Comunidade Europeia (CE) e a Organização das Nações Unidas – como um dos mais graves problemas de saúde pública no século XXI (BARROS *et* al., 2019; ROLFSON *et al.*, 2006).

A falta de planejamento para a nova realidade gera um problema real no Brasil, visto que o indivíduo envelhece sem uma assistência adequada à sua nova condição mental e física. Esse processo afeta diretamente o bem estar e a qualidade de vida, pois o envelhecer com a concepção de que a saúde se relaciona com a capacidade de se mover em atividades com o auto cuidado, satisfação nas condições sociais e econômicas, expressão de emoções positivas e a mudança nos hábitos (CASTRO *et al.*, 2018).

O crescente número da pessoa idosa no Brasil vem mostrando cada vez mais fica evidente o despreparo da população para lidar com as questões físicas, psíquicas, sociais e econômicas normais do envelhecimento. Onde a violência contra a pessoa idosa vem adquirindo mais relevância no contexto atual.

Visto isso, o estudo teve como objetivo analisar a associação entre fragilidade e violência sofrida por idosos brasileiros.

## Metodologia

Estudo transversal, realizado entre os anos de 2014 e 2015 com 823 idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Cajazeiras, Nordeste do Brasil, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do ABC, parecer 236.687.

Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais, cadastrados nas UBS´s, com escore maior ou igual a 17 no Mini Exame do Estado Mental (MMSE), e excluídos os idosos acamados temporário ou permanentemente, ou que possuíam algum déficit sensorial grave que impedisse a locomoção e comunicação.

Para analisar os maus tratos contra o idoso, utilizamos a secção "M" do questionário Saúde, bem-estar e envelhecimento/SABE (PANE, 2011). Todavia, para analisar a fragilidade, utilizamos o instrumento proposto por Fried *et al.* (2001) que avalia cinco tópicos: i) perda de peso não intencional; ii)

exaustão avaliada pelo autorrelato de fadiga; iii) fraqueza muscular; iv) baixo nível de atividade física e v) lentidão.

A perda de peso não intencional foi avaliada pelo autorrelato do idoso, que deveria responder à pergunta: "No último ano, o (a) senhor (a) perdeu mais do que 4,5 Kg sem intenção (isto é, sem dieta ou exercício)?" Se a resposta fosse sim, o idoso preencheria o critério de fragilidade para este item.

Para a exaustão avaliada pelo autorrelato de fadiga, utilizamos a escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D), pelos itens 7 ("Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais") e 20 ("Não consegui levar adiante minhas coisas").

A CES-D é composta por 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros idosos e funcionamento motor. As respostas são em escala Likert (nunca ou raramente = 0, às vezes = 1, frequentemente = 2, sempre = 3). Os idosos que obtiveram escore dois ou três em qualquer uma das duas questões preencheram o critério de fragilidade para este item.

A força de preensão palmar foi mensurada por meio do dinamômetro manual digital Camry na mão dominante, e ajustada para sexo e índice de massa corporal, com o objetivo de identificar presença de fraqueza muscular.

O baixo nível de atividade física foi medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal, com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados, baseado no Minnesota Leisure Time ActivitiesQuestionnaire.

A lentidão foi medida pela velocidade da marcha indicada em segundos: distância de 4,6 m ajustada para sexo e altura. Os idosos percorreram uma distância total de 8,6 metros, sendo os dois metros iniciais e os dois metros finais desconsiderados para o cálculo do tempo gasto na marcha, pois, a literatura recomenda desconsiderar o período de aceleração e desaceleração para o cálculo da velocidade de marcha.

Foi dado um comando verbal para o idoso iniciar o teste, que deveria utilizar seu calçado usual e dispositivo de auxílio à marcha (quando necessário), realizando deambulação com a sua velocidade de marcha usual. Foram realizadas três medidas, apresentadas em segundos, considerando-se o valor médio das três médias.

De acordo com esse instrumento, os idosos que não apresentaram nenhum dos cinco critérios foram considerados como não-frágeis, os que apresentaram um ou dois dos critérios são pré-frágeis e os que revelam três ou mais critérios são classificados como idosos frágeis. Para as análises, os idosos pré-frágeis foram considerados como não-frágeis.

Utilizaram-se frequências absoluta e relativa para descrever as características sociodemográficas e a fragilidade dos idosos. Além disso, utilizou-se Qui-quadrado para analisar a associação entre as características sociodemográficas e fragilidade. Regressão de Poisson foi utilizada para estimar a razão de prevalência da fragilidade segundo tipos de violência. O nível de significância foi de 5%. O programa utilizado foi o Stata 11.0.

## Resultados e discussão

**Tabela 1**. Prevalência de violência psicológica/verbal, física e financeira autorrelatada pelos idosos brasileiros.

| Tipos e características das violências | n | % |
|---|---|---|
| Violência Psicológica/Verbal | 142 | 17,2 |
| Têm gritado sem razão | 108 | 13,1 |
| Têm chamado por algum nome ou apelido | 43 | 5,2 |
| Têm ameaçado (a) por não fazer o que eles querem que o Sr (a) faça | 28 | 3,4 |
| Violência Física | 15 | 1,8 |
| Têm batido ou esbofeteado | 14 | 1,7 |
| Têm sacudido ou chacoalhado | 12 | 1,4 |
| Violência Financeira | 55 | 6,7 |
| Têm usado ou mexido no seu dinheiro sem a sua autorização | 36 | 4,4 |
| Têm roubado seu dinheiro ou algum pertence importante | 44 | 5,3 |

Dos 823 idosos estudados, 23,8% (n=196) foram considerados frágeis (Figura 1), 17,2% (n=142) relataram ter sofrido, no último, ano violência psicológica/verbal, 6,7% (n=55) violência financeira e 1,8% (n=15) violência física, sendo gritos (13,1%), agressão por esbofeteamento (1,7%) e roubo de dinheiro ou pertence importante (5,3%) os respectivos subtipos de violência psicológica/verbal, física e financeira mais prevalentes (Tabela 1).

**Tabela 2**. Associação entre violência e fragilidade em idosos brasileiros.

| Tipos de violência | Frágeis (%) | p* | RP (IC95%) | p** |
|---|---|---|---|---|
| ***Violência Psicológica/Verbal*** | | | | |
| Não | 158 (23,2) | 0,360 | Ref. | 0,360 |
| Sim | 38 (26,8) | | 1,15 (-1,56) | |

ISBN 978-65-86901-26-9

| Tipos de violência | Frágeis (%) | p* | RP (IC95%) | p** |
|---|---|---|---|---|
| ***Violência Física*** | | | | |
| Não | 192 (23,8) | 0,760 | Ref. | 0,790 |
| Sim | 4 (26,7) | | 1,12 (0,48; 2,62) | |
| ***Violência Financeira*** | | | | |
| Não | 178 (23,2) | 0,110 | Ref. | 0,090 |
| Sim | 18 (32,7) | | 1,41 (0,95; 2,11) | |

RP: Razão de Prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

*Qui-quadrado;

** Regressão de Poisson com variância robusta.

A associação entre violência e fragilidade nos idosos foi analisada e apresentada na tabela 2, onde se observa que não houve associação entre a prevalência de fragilidade com violência psicológica/verbal (p=0,360), física (p=0,760) ou financeira (p=0,110).

**Tabela 3**. Associação entre eventos de maus tratos e fragilidade nos idosos.

| Tipos de violência | Fragilidade (%) | p* | RP (IC95%) | p** |
|---|---|---|---|---|
| ***Violência Psicológica/Verbal*** | | | | |
| *Têm gritado sem razão* | | | | |
| Não | 164 (22,9) | | | |
| Sim | 32 (29,6) | 0,130 | 1,29 (0,94; 1,78) | 0,120 |
| *Têm chamado por algum nome ou apelido* | | | | |
| Não | 183 (23,5) | | | |
| Sim | 13 (30,2) | 0,310 | 1,29 (0,80; 2,06) | 0,290 |
| *Têm ameaçado (a) por não fazer o que eles querem que o Sr (a) faça* | | | | |
| Não | 189 (23,8) | | | |
| Sim | 7 (25,0) | 0,880 | 1,05(0,55; 2,02) | 0,880 |
| ***Violência Física*** | | | | |
| *Têm batido ou esbofeteado**** | | | | |
| Não | 192 (23,7) | | | |
| Sim | 4 (28,6) | 0,750 | 1,20(0,52; 2,78) | 0,660 |
| *Têm sacudido ou chacoalhado**** | | | | |
| Não | 192 (23,7) | | | |
| Sim | 4 (33,3) | 0,490 | 1,41 (0,63; 3,16) | 0,410 |

| Tipos de violência | Fragilidade (%) | p* | RP (IC95%) | p** |
|---|---|---|---|---|
| ***Violência Financeira*** | | | | |
| *Têm usado ou mexido no seu dinheiro sem a sua autorização* | | | | |
| Não | 184 (23,4) | | | |
| Sim | 12 (33,3) | 0,170 | 1,43(0,88; 2,30) | 0,150 |
| *Têm roubado seu dinheiro ou algum pertence importante* | | | | |
| Não | 182 (23,4) | | | |
| Sim | 14 (31,8) | 0,200 | 1,36 (0,87; 2,14) | 0,180 |

*Qui-quadrado; ** Regressão de Poisson; *** Teste exato de Fisher

A associação entre a fragilidade e subtipos de violência também foi analisada e está apresentada na tabela 3, onde se observa que não há associação dos subtipos de violência psicológica/verbal, física e financeira (p>0,050).

Diante dos resultados do presente estudo, infere-se que a maior parcela dos idosos que foram vítimas de quaisquer tipos de violência são aqueles que apresentam alguma natureza de fragilidade. Percebe-se que, em sua maioria, sofreram algum tipo de maus tratos como gritos (12,9%), apelidos (5,1%) e/ou roubo (4,7%), sendo *apelidos* e *gritos* os mais constantes.

Abusos verbais contra idosos são constantes em várias regiões do mundo. Corroborando esses achados, Zamboni *et al.* (2011) constataram, em um estudo, que o tipo de violência prevalente contra o idoso foi a verbal, sendo manifestada por meio de "gritos", caracterizada pela incapacidade do idoso devido às dificuldades inerentes a esta etapa do desenvolvimento humano e por doenças típicas do processo de envelhecimento.

Além disso, Park (2019) afirma que os casos de depressão em idosos estão correlacionados com o abuso, onde o abuso verbal e o abuso emocional estão significativamente relacionado com a depressão. Em outras palavras, a depressão na pessoa idosa é mais influenciada pelo abuso verbal e emocional do que pelo abuso físico, financeiro, negligência e moral.

Quanto à frequência dos maus tratos em idosos, a pesquisa demonstra que os tipos de violências mais frequentes, apelidos e/ou gritos, ocorrem diariamente. [Tabela 2]. No estudo, não se encontrou um resultado estatisticamente significativo, mas, para a amostra, identificou-se prevalência um pouco maior de fragilidade para idosos que sofrem violência psicológica/verbal, física e financeira.

Oliveira *et.al.* (2015) verificaram que a violência psicológica também foi o tipo mais comum encontrado. A violência financeira, de acordo com Day *et*

*al.* (2003), ocorre devido ao uso da aposentadoria pela família e negligência quanto às necessidades do idoso, culminando no abandono na maioria dos casos.

A violência física ocupa o terceiro lugar da tríade, porém pode ser em decorrência de uma omissão nos registros dos casos dessa natureza. Aquelas naturezas de violência são as mais comuns por serem as que não deixam marcas identificáveis a olho nu, ferindo somente o psicológico e, por conseguinte, a mente das vítimas, que passam a se sentir coagidas e sem possibilidade de denunciar, com medo de serem julgadas e até recriminadas.

No estudo de Irigaray *et al*., (2016) foi apresentado uma grande variabilidade na prevalência de maus tratos a pessoa idosa, onde o abuso em geral foi apresentado entre 8% dos idosos, 16% por abuso físico, 16% abuso verbal, 14% por negligência, 8% abuso financeiro e 38% por abuso psicológico.

Ao analisar a associação entre violência e fragilidade em idosos brasileiros, apesar da superioridade em 23,8% de fragilidade, 17,2% de violência psicológica/verbal autorrelatada, 6,7% de violência financeira e 1,8% de violência física, não houve associação da fragilidade com nenhum tipo ou subtipo de violência estudados.

O Gráfico 1 apresentou a prevalência da fragilidade nos idosos, onde foi possível avaliar que 23,8% desses idosos foram classificados como frágeis e 76,2%, como não frágeis (pré-frágeis e não frágeis).

De acordo com o estudo de Oliveira *et al.* (2013), estima-se que, nos Estados Unidos, 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% a partir dos 85 anos sejam frágeis. Enquanto no Brasil, demonstrou-se que 46,5% de 99 idosos entrevistados foram classificados como frágeis, prevalências abaixo da encontrada nos 823 idosos estudados.

Carneiro *et al*., (2016) complementam que, a prevalência da fragilidade entre os idosos foi de 41,3%, sendo as variáveis associadas a fragilidades no sexo feminino, escolaridade inferior a 4 anos, idosos longevos, ter sofrido queda nos últimos anos, doença cardíaca, diabetes mellitus, doença osteomuscular e não ter sido internado no último ano.

Apesar de Quintas e Cortina (2010) relatarem que idosos são vítimas de violência devido fragilidade adquirida com o avanço da idade, e por este motivo ambas estariam interligadas, tornando o idoso mais vulnerável aos maus tratos, não se observou nenhuma associação entre violência e fragilidade neste estudo.

ISBN 978-65-86901-26-9

O conceito de fragilidade associado à violência é um aspecto importante a ser analisado pela saúde pública por causa de suas implicações para a saúde do idoso. A experiência de vulnerabilidade decorrente da condição frágil cria stress e ansiedade que afetam o funcionamento fisiológico, psicológico e social. Essa vulnerabilidade é afetada por fatores pessoais, bem como fatores dentro do ambiente. Tendências na sociedade indicam que um número crescente de idosos frágeis criará demandas adicionais sobre um sistema de cuidados de saúde já sobrecarregado. A vulnerabilidade pela fragilidade é uma área que requer muito mais pesquisa e aplicação (WHO, 2015).

A vulnerabilidade à violência pode ocorrer devido aos escassos recursos econômicos e sociais, isolamento, baixo nível de escolaridade, debilidade funcional do idoso, abuso de substâncias pelo prestador de cuidados ou pelo próprio idoso, patologias psicológicas apresentadas pelo agressor ou pelo idoso, histórico de violência, passividade em ser alvo de frustrações ou exaustões de familiares e/ou cuidadores e limitações cognitivas. Embora não absolutos, estes fatores contribuem para a ocorrência da maioria dos casos (SILVA; DEMILTO; LANDRE, 2015).

A cultura que concebe pessoa idosa como aquela frágil e dependente origina duas vertentes: uma delas de que o idoso não tem condições de identificar situações de maus-tratos, e tudo relatado por ele é em decorrência de alguma conjuntura psicopatológica; a outra é aquela na qual o agressor tem justificativa para tais ações devido a debilidades apresentadas pelo idoso.

Os casos de violência contra os idosos configuram um grave desrespeito aos direitos humanos, significando uma estagnação, se não um retrocesso da sociedade. Dentre os tipos de violência, diversos estudos apontam a violência psicológica como a mais prevalente (YAN; TANG, 2004; COSTA *et* al., 2019; MORENO *et al*., 2020), aumentando, assim, a possibilidade dos demais tipos de violência, uma vez que conduz o idoso à situação de humilhação e temor, permitindo que o agressor dê continuidade ao abuso, bem como a existência de mais de um tipo de violência presente em 66,5% dos casos de violência contra idosos (APRATTO, 2010; COSTA, 2011; DUQUE, 2011; JOAQUIM, 2012; MELO; CUNHA; NETO, 2006; NOGUEIRA; FREITAS; ALMEIDA, 2011).

A cultura brasileira que e apoiada pelo Estatuto do Idoso, impõe como obrigação que a família seja totalmente responsável pelo cuidado dos idosos. Visto isso, é previsível que a negligência e o abandono sejam atribuídos aos parentes. Em grande parte das famílias com problemas de violência, os

membros não possuem entrosamento interpessoal para lidar com as dificuldades. Como consequência dessas habilidades de conviver com essas dificuldades ocorrem em situação de negligência, agressão física, abandono e psicológica. Essas situações provavelmente remetem as famílias e suas histórias de contingências e ao modelo da conduta familiar dos idosos e as suas interações, o que inclui as diferenças nas expectativas e envolvimento de todas as gerações, favorecendo para novos episódios de violência que passam a morrer em ciclos (SILVA *et al.*, 2016).

Os casos de violência contra o idoso é configurada como um fenômeno complexo e internacional. Desse modo, é plausível compreender que essa violência está inserida com problemas culturais, epidemiológicos e socioeconômicos que necessita de cuidados nos diversos setores para promoção e prevenção desses riscos que podem levar o idoso a ser uma vítima de um dos tipos dessas violências (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Estudos realizados sobre os fatores associados à violência contra os idosos têm demonstrado que, dentre as várias hipóteses postuladas para justificar a maior ocorrência da violência contra os idosos com certas patologias, a perda da autonomia física e cognitiva – que gera a necessidade de outra pessoa para realização das atividades diárias e instrumentais, criando, consequentemente, subordinação – parece ter lugar de destaque entre os pesquisadores (RODRÍGUEZ-MAÑAS *et al.*, 2013; SILVA; DEMILTO; LANDRE, 2015).

Embora a conscientização e as denúncias contra maus-tratos aos idosos seja crescente, ainda há um considerável número de ocorrências de atos desrespeitosos e de violência contra as pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei 8842/94 e o Estatuto do Idoso, Lei 10741/03. O domínio de casos de violência, tanto no âmbito psicológico quanto no âmbito físico, refere-se aos idosos frágeis.

Além disso, as notificações e denúncias contribuem para o conhecimento da dinâmica e dimensionamento dos fenômenos. O Disque Direitos Humanos é constituído por um canal de comunicação da sociedade com o poder público; e a Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos que são contatadas quando há conflitos com a suspeita de violação dos direitos da pessoa idosa, são serviços de atendimento telefônico gratuito e que funciona 24 horas por dia. As denúncias enviadas para esses serviços são analisadas e encaminhadas para os órgãos responsáveis. O Sinan Net Viva e outro sistema utilizado no fornecimento de informações sobre violência sexual, doméstica e outros

tipos de violências contra homens e mulheres de todas as idades por meio do preenchimento de fichas de notificação de violência (ROCHA *et al.*, 2018).

No entanto, as violências cometidas contra a pessoa idosa tem sido pouco informada, permanecendo velada no convívio familiar e contexto de segredo. Os entraves de não notificar os casos de agressão estão presentes a falta da retaguarda de uma rede de proteção, precariedade dos recursos públicos para apurar e dar a solução das situações denunciadas e desconhecimento do fluxo de notificação, bem como pouco preparo emocional e técnico de profissionais para a identificação dos casos (ROCHA *et al.*, 2018).

Vale salientar que o estudo não teve associação das variáveis condicionantes sociodemográficas, como sexo, renda e idade, pois, para o estudo em questão, a análise desses dados não interfere no alcance dos objetivos do trabalho.

Mascarenhas *et al.* (2012) relaciona que, dependendo do sexo da vítima, o tipo de violência também varia, observando, então, nos homens, a prevalência da violência física, ao mesmo tempo em que, nas mulheres, predomina a violência psicológica, e o não ajuste das análises por características sociodemográficas pode limitar o entendimento e extrapolação dos resultados encontrados nesse estudo.

## Considerações finais

Com base neste estudo, foi possível analisar que os resultados apresentaram prevalência pouco maior de fragilidade em idosos que sofriam violência psicológica/verbal, física e financeira. No caso, estes devem servir de alerta para despertar a observação e registros da sociedade a qualquer tipo de violência acometida aos idosos. Faz-se extremamente necessário o conhecimento dos direitos e deveres, a fim de que os mesmos usufruam de seus benefícios previstos por leis. Além disso, é preciso estar atento quanto aos índices de violência e maus tratos em idosos e a própria fragilidade apresentada por muitos, a fim de garantir um processo de envelhecimento saudável à população idosa.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALVARADO, Beatriz; ZUNZUNEGUI, Maria-Victoria; BÉLAND-FRANCOIS, Bamvita Jean-Marie. Life course social and health conditions linked to frailty in American older men and womem. **J. Geronto. A. Biol. Sci. Med. Sci.,** v. 63, n. 12, p. 1399-406, 2008.

APRATTO JUNIOR, Paulo Cavalcante. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2983-2995, 2010.

ÁVILA-FUNES, José Alberto et al. Cognitive Impairment Improves the Predictive Validity of the Phenotype of Frailty for Adverse Health Outcomes: The Three-City Study. **Journal of the American Geriatrics Society,** v. 57, n. 3, p. 453-61, 2009.

BARROS, Renata Laíse de Moura et al. Violência doméstica contra idosos assistidos na atenção básica. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 793-804, 2019.

CARNEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 435-442, 2016.

CASTRO, A. P. R. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 155-163, 2018.

CORREIA, Thyago Moreira Paranhos et al. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 15, n. 3, p. 529-536, 2012.

COSTA, José Lindemberg Bezerra da et al. Violência contra o idoso: impressões, consequência e suporte social de proteção e enfrentamento. 2019.

COSTA, Leandra Sodreia Tesser da. **Violência intrafamiliar contra idosos: estudo do contexto de Carazinho-RS**. 2011. 97f. Mestrado Acadêmico em Envelhecimento Humano-Universidade de Passo Fundo, 2011.

DAY, Vivian Peres et al . Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. psiquiatr**., Rio Grande do Sul, v. 25, n. 1, p. 9-21, 2003.

DUARTE, Marcella Costa Souto et al. Fragility and funcional status of institutionalized elderly. **Res.: fundam. care**., v. 7, n. 3, p. 2688-2696, jul./set. 2015.

DUQUE, Andrezza Marques. **O (des)conhecido cenário da violência contra idosos no ambiente doméstico**. 2011. 82f. Mestrado Acadêmico em Integrado em Saúde Coletiva-Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2011.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro; LUÍS, Blay Sério. Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 301-6, 2007.

FRIED, Linda P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**. v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

IRIGARAY, T. Q. et al. Maus-tratos contra idosos em Porto Alegre, Rio Grande do Sul: um estudo documental. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 33, n. 3, p. 543-551, 2016.

JOAQUIM, Renata Colturato. **Perfil Epidemiológico da violência contra crianças, adolescentes e idosos a partir de registros policiais**. 2012. 96f. Mestrado Acadêmico em Odontologia Preventiva e Social-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

LAROQUE, Mariana Fonseca. **Análise da violência contra idosos no município de Pelotas-RS no ano de 2012**. 2014. 72f. Dissertação (Mestrado em Social)– Universidade Católica de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014.

LIMA, Ubiraciara Soares de et al. Fragility and factors associated in elderly residents in na institution for long stay. **Rev. enferm. UFPE,** v. 7, n. 5, p. 4319-24, jun. 2013.

LINCK, Caroline de Leon; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre-RS, v. 32, n. 2, p. 385-393, 2011.

LLANO, Patrícia Mirapalheta Pereira de. **Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade na população idosa**. 2015. 264f. Tese (Doutorado)- Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2015.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al.. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, 2012.

MELO, Victor Lopes de; CUNHA, Juliana de Oliveira Carneiro da; FALBO NETO, GilliattHanois. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 6, n. 1, p. s43-s48, 2006.

MORENO, Lauranery de Deus; ALVES, Roberta Machado; MACHADO, Ana Karina Cruz. Família e violência contra a pessoa idosa: Valores invertidos ou despreparo familiar?. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 70096-70106, 2020.

NOGUEIRA, Caroline Furtado; FREITAS, Maria Célia de; ALMEIDA, Paulo César de. Violência contra idosos no município de Fortaleza, CE: uma análise documental. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 14, n. 3, p. 543-554, 2011.

OLIVEIRA, Bruna Silva; DIAS, Vânia Ferreira; REIS, Luciana Araújo dos. Relação entre capacidade funcional e sinais de violência e maus tratos em idosos longevos. **Fisioterapia Brasil**, v. 16, n. 1, p. 32-37, 2015.

OLIVEIRA, Daniela Ramos et al. Prevalência de síndrome da fragilidade em idosos de uma instituição hospitalar. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem,** v. 21, n. 4, 2013.

OLIVEIRA, Kênnia Stephanie Morais et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

OLIVEIRA, Luciane Paula Batista Araújo de; MENEZES, Rejane Maria Paiva de. Representações de Fragilidade para Idosos no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-9, 2011.

OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de et al. Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Rev. bras. geriatr. gerontol**., v. 15, n. 3, p. 555-566, 2012.

PANES, Vanessa Clivelaro Bertassi. **Adaptação dos componentes da Síndrome de Fragilidade e Avaliação da Fragilização dos Idosos Residentes no município de São Paulo**: Estudo SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento. 2010. 86f. Tese-Universidade de São Paulo, Sâo Paulo, 2010.

PARK, E. O. Tipo mais prevalente de abuso aos idosos e sua correlação com depressão do idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 1, p. 95-100, 2019.

QUEIROZ, Zally Pinto Vasconcellos de; LEMOS, Naira de Fátima Dutra; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2815-2824, 2010.

QUINTAS, Mariana Lisciotto; CORTINA, Irene. Violência contra o idoso no ambiente familiar. **RevEnferm UNISA**, v. 11, n. 2, p. 120-4, 2010.

ROCHA, Regina da Cunha et al. Violência velada e revelada contra idosos em Minas Gerais-Brasil: análise de denúncias e notificações. **Saúde Em Debate**, v. 42, p. 81-94, 2018.

RODRÍGUEZ-MAÑAS, Leocadio. et al. Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci**., v. 68, n. 1, p. 62-7, 2013.

ROLFSON, Darryl B. et al. Validity and reability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing**, v. 35, n. 5, p. 526-9, 2006.

SANTOS, Sofia Teodoro dos; SOUZA, Laura Vilela e. Envelhecimento positivo como construção social: práticas discursivas de homens com mais de sessenta anos. **Rev. SPAGESP**, v. 16, n. 2, p. 46-58, 2015.

SHIMBO, Adriana Yoshio; LABRONICI, Liliana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 506-510, 2011.

SILVA, Analizia Pena da; DEMILTO, Yamaguchi da; LANDRE, Cleuton Braga. Síndrome da fragilidade em idosos com diabetes mellitus tipo 2. **Acta paul. enferm**., v. 28, n. 6, p. 503-509, 2015.

SILVA, Cirlene Francisca Sales; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 3, p. 637-652, 2016.

SOUZA, Jacy Aurélia Vieira de; FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida de. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, jun. 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).Global health and aging [online].2015.

YAN ELSIE, Chau-Wai; TANG, Catherine So-Kum. Elder abuse by Caregivers: a study of prevalence and risk factors in Hong Kong chinese families. **J FamViolence**., v. 19, n. 5, p. 269-277, 2004.

ZAMBONI, Cristiane et al. Violência contra idoso: um velho estigma. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 634-9, 2011.

ZAPPE, Jana Gonçalves; DIAS, Ana Cristina Garcia. Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 389-395, 2012.

# PERCEPÇÃO DE PACIENTES SOBRE O USO DE COSMECÊUTICO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Rubia Karine Diniz Dutra[1]
Vanessa Monteiro Nunes de Assis[2]
Roma Silva de Medeiros Santana Machado[3]

**Resumo:** A pele é o maior órgão do corpo humano, as características de firmeza e elasticidade cutânea importam a sua composição estrutural, em que a derme e a epiderme se ajustam e se vinculam profundamente. Diversos mecanismos que provocam o processo de envelhecimento, entre eles, o fisiológico, que é o relógio biológico das células cutâneas e o fotoenvelhecimento apresentam-se associados junto ao passar dos anos e as circunstâncias que ocorrem ao aplicarem agentes externos. Os cosmecêuticos são cosméticos terapêuticos da pele, que conseguem ser considerados substâncias medicinalmente ativas, com formação abrangendo bioativos não medicinais, conseguem encaixar em diversas categorias. Foi uma pesquisa transversal, quanti-qualitativa e analítica de opinião relacionada percepção de pacientes no uso de cosmecêuticos no processo de envelhecimento, por meio da aplicação de um questionário com pacientes atendidos no setor de Dermato Funcional do curso de graduação do Centro Universitário. Com idade entre 19 a 57 anos, com predominância do sexo feminino, relatando as manchas como queixa principal e nos cuidados pessoais a maioria afirmou fazer uso de protetor solar e já terem realizado o microagulhamento como procedimento estético. Sobre o conhecimento do uso de cosmecêuticos a maioria relatou já ter ouvido falar da importância

1 Graduado do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, rubiadutra@gmail.com;

2 Graduando pelo Curso de Fisioterapia do Centro Universitário – UNIFIP, vanessamonteiro50@gmail.com;

3 Graduando pelo Curso de Fisioterapia do Centro Universitário – UNIFIP, romamedeiros2@gmail.com.

na prevenção do envelhecimento e observaram efeitos positivos da utilização dos cosmecêuticos no tratamento facial. A pesquisa se fez necessária principalmente para investigar a percepção dos pacientes quanto ao conhecimento e uso dos cosmecêuticos, com relação a eficácia se fez eficiente conforme o rejuvenescimento da pele na percepção dos pacientes.
**Palavras-chave:** Pele, Envelhecimento, Cosmecêuticos.

## Introdução

A pele é o maior órgão do corpo humano, que representa cerca de 15% do peso corporal. Um órgão de camadas complexas, formada por diversas espécies celulares encarregadas pelos cuidados na sua estrutura, único órgão que mostra sistema imunológico particular (RODRIGUES, 2012).

Segundo Guirro e Guirro (2010), o tecido cutâneo é o órgão responsável pelo revestimento de todo o corpo, tornando-se o maior órgão, estando diretamente em contato com os meios externos, estabelecendo sua proteção global do corpo humano.

O envelhecimento cutâneo é um processo frequente e inevitável com o decorrer dos anos, principalmente quando o indivíduo atinge os 30 anos, os sinais como rugas e a flacidez ficam mais aparentes (MACHADO; CACALIÉRE, 2010).

Sua complexidade, em que a relação celular e molecular é ajustada de forma necessária, comandando diversas agressões proveniente do meio ambiente, formada por diferentes espécies de células interdependentes incumbidas pela preservação da sua estrutura natural (FERREIRA *et al.*, 2011).

Esse órgão é formado por uma parte epitelial de origem ectodérmica, a epiderme, e uma partícula conjuntiva de origem mesodérmica, a derme, e em continuação da derme fica a hipoderme, que só auxilia no contato com os órgãos profundos, não compondo porções cutâneas. Esses tecidos junto com estruturas próximas, como glândulas, pelos e unhas, apresentam o sistema cutâneo. A pele corresponde a 16% do peso corporal (SPENCE, 1994; JUNQUEIRA; CARNEIRO, 1995).

Junqueira e Carneiro (1995), afirmam que a epiderme é formada por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado da qual é importante na produção de queratina. Este tecido cutâneo dispõe de quatro espécies de células ao grau de epiderme: Melanócitos, Células de Langerhans, Células de Merkel, Queratinócitos (que se encontra em maior porção).

Segundo Fornazieri (2007), a derme é uma porção de tecido conectivo que sustenta a epiderme estruturalmente e em aspecto nutritivo. Possui seu tamanho com alterações de 0,6 nas pálpebras a 3 mm ou mais nas palmas das mãos, plantas dos pés ou costas (DANGELO; FATTINI, 2002).

ISBN 978-65-86901-26-9

A hipoderme ou tecido subcutâneo é o nível mais profundo da pele, constituída por tecido conjuntivo distendido, com fibras de colágeno e de elastina (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008).

Inclusivamente reservatório nutritivo de estoque, contribuindo para o isolamento térmico e na defesa mecânica do organismo, as pressões e traumatismos externos (GUIRRO; GUIRRO, 2004; GARTNER; HIATT, 2007).

O tecido cutâneo configura um limite fino e bastante sensível entre o organismo e o mundo exterior, também representa condições da nossa saúde física e mental. A membrana exerce papel indispensável na proteção do corpo dos raios ultravioleta, das impurezas, de agentes tóxicos, de temperaturas altas e baixas e, através das glândulas sudoríparas, expulsa toxinas e sujeiras do organismo (KEDE *et al.*, 2010).

As características de firmeza e elasticidade cutânea importam devido a sua composição estrutural, em que a derme e a epiderme se ajustam e se vinculam profundamente.

Os atributos da flexibilidade e plasticidade são resultados da presença dos queratinócitos na epiderme, de fibras elásticas e fibras colágenas na derme. Acredita-se que a água é uma razão primordial para uma plasticidade de uma pele adequada, tendo em vista que o teor de água está entre 10 a 20%, como para valores inferiores a 10% o tegumento denomina-se seca e rugosa (DUARTE, 2013).

Diversos mecanismos que provocam o processo de envelhecimento e colaboram para modificações associadas à idade, abrangendo a teoria do estresse oxidativo dos radicais livres, a disfunção mitocondrial, a diminuição dos telômeros, a radiação UV e demais mecanismos que considerados ligados ou só podem ou não apressar as alterações cutânea (GRAGNANI *et al.*, 2014).

Envelhecimento fisiológico é o relógio biológico das células cutâneas, geneticamente definido e segue mais ligado com modificações fisiológicas funcionais do que com modificações morfológicas grosseiras (ZOUBOULIS; MAKRANTONAKI, 2012; VIERKOTTER; KRUTMANN, 2012).

O fotoenvelhecimento é precisamente a sobreposição das ações biológicos a radiação (UVA e UVB) a respeito do envelhecimento intrínseco. Apresenta-se associada junto ao passar dos anos e as circunstâncias que ocorrem ao extenso caminho, desafiados por agentes externos como temperatura, poluição, meio de trabalho, estresse, dentre outras causas (BRANDT; REYNOSO, 2003; TESTON *et al.,* 2010).

ISBN 978-65-86901-26-9

A essencial e mais negativa colaboração para o envelhecimento é o dano oxidativo (RIBEIRO, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2013). A associação desse desenvolvimento oxidativo, basicamente nas proteínas, provoca modificações dos elementos do tecido conectivo, como moderação da atividade proliferativa dos fibroblastos, diminuição e desorganização nas fibras de colágeno e elastina, redução de ácido hialurônico (PETROCCA, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Visto que desde os 30 anos de idade inicia a observação de uma atenuação de 20% da dimensão cutânea, quando as fibras de elastina e de colágeno vão perdendo a suas funcionalidades e os melanócitos, entretanto, vão se enfraquecendo, apresentando sinais evidentes dos anos como pele áspera e amarelada, manchas pigmentosas, vasodiltação, ausência de flexibilidade e as rugas (TESTON *et al.*, 2010).

As rugas são linhas delineadas na pele resultante da evolução do envelhecimento cutâneo que se dá de condição gradativa e se diversifica entre pessoas (OLIVEIRA, 2008).

Segundo Guirro e Guirro (2004), as linhas ou sulcos conseguem ser notadas em toda a área cutânea, estando mais relevantes nas regiões desnudas, expondo a relevância das causas climáticas (irradiação solar, vento, frio), mudanças de idades existem e são modificações resultantes do processo de envelhecimento.

Encontrando-se caracterizadas como: de 20 a 25 anos apresentam linhas orbiculares evidentes com a expressão facial; de 45 a 55 anos mostram rugas perioculares, frontais e glabelares, expressão do sulco nasogeniano, depressões transversais na área do pescoço, formando bolsas adiposas nas pálpebras inferiores; e acima dos 55 anos manifestam acentuação das rugas e pregas, depressão da eminência malar, redução do sulco nageniano, ptose facial (GUIRRO; GUIRRO, 2004).

Além das classificações de superficiais e profundas para as rugas, elas conseguem ser também nomeadas como rugas estáticas, dinâmicas e gravitacionais (CANCELA, 2007). As estáticas acontecem por meio de fadiga das estruturas que constituem a pele, como resultado das repetições de movimentos e podem aparecer mesmo se não tiver movimentos; as dinâmicas apresentam-se em consequência de movimentos frequentes consequentes da expressão facial (GUIRRO; GUIRRO, 2004; AZULAY; AZULAY, 2006; CANCELA, 2007).

As rugas gravitacionais são consequências de uma flacidez cutânea associada à ptose estrutural na área facial (SILVERTHORN, 2010). A flacidez acontece com o envelhecimento fisiológico, depois dos trinta anos, inicia de uma forma gradual com a ausência de massa muscular. Como resultado do envelhecimento, o tegumento vai se transformar delgado em partes seca, sem brilho, enrugada, podendo ficar escamosa (GUIRRO; GUIRRO, 2004; MENOITA; SANTOS; SANTOS, 2013).

As fibras de colágeno da derme apresentam-se mais espessas em consequência das fibras elásticas perdem componentes de sua flexibilidade promovendo o surgimento da flacidez cutânea formando a hipotonia dos músculos (PEREIRA *et al.*, 2006; SILVERTHORN, 2010).

Segundo Esteves *et al.* (2017), as manchas surgem em virtude da minimização do número de melanócitos dopa-positivos, normalmente em pele clara, devido à deposição de melanina, acometendo indivíduos com idade acima de 45 anos, tendo a maior incidência no sexo feminino.

Souza e Junior (2011), as discromias são divididas em hipocromias que é uma deficiência de pigmentação ou hipercromias um aumento da pigmentação da pele. As hipercromias podem se apresentar devido à exposição de radiação solar (UVA), tornando visíveis após algum tempo depois da sua exposição. O tecido cutâneo passa a apresentar manchas escuras e irregularidades na sua tonalidade.

A hipocromias, são manchas em tons mais claros que o tom da pele, causadas pela redução da melanina na epiderme, resultando na diminuição de melanócitos e problemas na formação e transferências dos melanossomas para os queratinócitos, levando a um déficit da produção de melanina (GONCHOROSKI; CORRÊA, 2005).

O termo cosmecêuticos surgiu em 1984 com o Professor Albert Kligman, foi mencionado como produtos aplicados topicamente que não são somente cosméticos, pois têm competência de modificar a condição fisiológico cutânea, não tratando-se de medicamentos (KLIGMAN, 2005).

Segundo professor Kligman, os cosmecêuticos são cosméticos terapêuticos da pele, que conseguem ser considerados como substâncias medicinalmente ativas, com formação abrangendo bioativos não medicinais. Consequentemente, cosmecêuticos são resultantes da evolução da tecnologia da produção de cosméticos, de pesquisa das novas matérias-primas e de aumento no estudo da biologia celular. Esses produtos, frequentemente, usam

os próprios princípios ativos usados em medicamentos, com ação terapêutica, mas em menores concentrações (DAMAZIO; GOMES, 2013).

Os princípios ativos dos cosmecêuticos conseguem encaixar em diversas categorias, como: vitaminas, lípidos, protetores ultravioletas (UV), antioxidantes, reparadores de colagénio, despigmentantes, esfoliantes, hidratantes e efeito anti-aging (DUREJA *et al*., 2005).

Antioxidantes são substâncias presentes em baixas concentrações relacionadas com o substrato oxidável, tardam ou inibem de modo relevante para oxidação desse substrato, ficando, assim, encarregados pela inibição e diminuição dos danos provocada pelos radicais livres nas células (BIANCHI; ANTUNES, 1999; DOLINSKY, 2009).

O complexo antioxidante evita lesões celulares, modificações proteicas e evoluções de patologias, bem como defende a pele do desenvolvimento dos radicais. Mas essa capacidade antioxidante natural vai limitando sua funcionalidade com o tempo (AMES; SHIGENAGA; HAGEN, 1993; BIANCHI; ANTUNES, 1999; SCOTTI; VELASCO, 2003; PENTEADO, 2003; DOLINSKY, 2009).

As vitaminas são apontadas antioxidantes de ampla eficácia redutora, dessa forma instruídas de arrebatar os radicais livres com ampla competência (BIANCHI; ANTUNES, 1999; SHAMI; MOREIRA, 2004; NEDEL, 2005).

Os hidroxiácidos (AHAS) são ácidos carboxílicos de cadeia curta, elaborados dos aminoácidos. São estruturas tipicamente usadas na cosmiatria e dermatologia, objetivando condutas ações benéficas para pele e provocando resultados próprios sobre o estrato córneo, a epiderme, a papila dérmica e folículos sebáceos (BARQUET; FUNCK; KOESTER, 2006).

Em concentrações superiores, conseguem aumentar a síntese de colágeno, elastina e glicosaminoglicana, intensificando retenção de água no estrato córneo e aumentando a elasticidade do estrato córneo (MICILO, 2013).

Os protetores solares são classificados conforme seus mecanismos de ação. Acompanhando esse raciocínio conseguimos dividi-los em duas classes relevantes, os filtros orgânicos ou químicos e filtros inorgânicos ou físicos. Outra classe pode ser sobre o espectro de absorção que reparte divide os filtros em absorvedores e refletores/refratores de radiação UVA e/ou UVB (RIBEIRO, 2010).

O fator de proteção UVA ou PPD (*Persistente Pigment Darkening*) é determinando como motivo entre a dose de pigmentação irrelevante na pele

protegida e a dose de pigmentação irrelevante pele sem proteção ficando mensurado após 3 a 24 horas. Diferente da forma de mensuração para radiação UVB, até agora não existe uma forma aceita mundialmente como modelo de mensuração de proteção contra radiação UVA (FITZPATRICK, 2011).

Este estudo foi realizado através de uma pesquisa transversal, quanti-qualitativa e analítica de opinião para analisar e conhecer a percepção de pacientes sobre a importância dos cosmecêuticos na prevenção do envelhecimento, saber se os pacientes usam algum cosmecêuticos, relatar quais os cosmecêuticos foram usados pelos pacientes e identificar a eficácia dos cosmecêuticos na percepção de pacientes no tratamento e prevenção dos sinais de envelhecimento. Sendo esse trabalho relevante para o conhecimento científico acerca da prevenção do envelhecimento.

## Metodologia

O presente estudo trata-se de uma pesquisa transversal, quanti-qualitativa e analítica de opinião relacionada à percepção de pacientes no uso de cosmecêuticos no processo de envelhecimento, por meio da aplicação de um questionário.

A pesquisa foi realizada em uma clínica escola de Fisioterapia, de uma universidade privada do interior da Paraíba, com os pacientes atendidos na disciplina de Fisioterapia Aplicada à Dermato Funcional.

A população foi formada por todos os pacientes, de ambos os sexos, que foram atendidos no setor de Dermato Funcional do curso de graduação no período de agosto/2019 a dezembro/2019. A amostra foi constituída por vinte (20) voluntários que aceitaram fazer parte da pesquisa, considerando tal amostra equivalente a 100% do total proposto.

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário, como pré-requisito, que se submetessem a tratamento Dermato Funcional de uma universidade privada do interior da Paraíba no período de fevereiro/2019 a maio/2020, terem mais de 18 anos e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Foram excluídos da pesquisa os pacientes que desistiram do tratamento, mesmo tendo sido iniciado, ou não o concluíram por algum motivo.

A coleta de dados deu-se com a aplicação de formulário de levantamento de dados com os pacientes do setor de Dermato Funcional do curso de graduação de uma universidade privada do interior da Paraíba. O formulário

ISBN 978-65-86901-26-9

consiste em 10 questões, sendo 2 (duas) abertas e 8 (oito) de múltipla escolha, onde foi questionado sobre dados de caracterização dos participantes; queixa principal; cuidados pessoais com utilização de protetor solar (sim ou não, qual FPS) e realização de algum tipo de procedimento estético; importância do uso de cosmecêuticos na prevenção do envelhecimento; há quanto tempo faziam uso de cosmecêuticos; qual era a melhor abordagem para obter uma pele mais bonita e prevenir o envelhecimento cutâneo; se acreditavam que com a utilização de cosmecêuticos haveria uma melhora/atenuação das suas queixas principais; qual tratamento que estava sendo realizado; qual a percepção do paciente sobre o tratamento (positivo, negativo ou indiferente).

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel.

A realização desse estudo considerou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa fosse preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário (UNIFIP), com parecer (nº 3.518.052). Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

## Resultados e discussão

Os métodos para cuidado com a pele são múltiplos, havendo a necessidade e incentivo ao uso dos cosmecêuticos como hidroácidos, antioxidantes e filtros solares por parte dos pacientes, assim como, o estabelecimento de um regime de cuidados para a pele diariamente. Já que danos ambientais e naturais poderão trazer o envelhecimento intrínseco e/ou extrínseco (LOURITH; KANLAYAVATTANAKUL; CHINGUNPITAK, 2017).

Para Ribeiro (2010), com o aumento da expectativa de vida houve um crescente interesse em envelhecer sem parecer envelhecido, ou seja, retardar ao máximo as marcas e sintomas do envelhecimento no organismo como um todo, principalmente na pele.

Neste estudo foram incluídos 20 pacientes atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia de uma universidade privada do interior da Paraíba, onde a

média de idade foi de 38,45 anos e Desvio Padrão (DP) 12,72, com idade mínima de 19 e máxima de 57 anos.

Na tabela 1, a seguir pode-se perceber a distribuição de gênero dos pacientes foi de 70% (nº 14) do sexo feminino e 30% (nº 06) do sexo masculino.

**Tabela 1:** Características dos indivíduos.

| Variável | F | % |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Masculino | 06 | 30 |
| Feminino | 14 | 70 |
| **Profissão** | | |
| Professor | 02 | 10 |
| Estudante | 05 | 25 |
| Fisioterapeuta | 01 | 5 |
| Tec. Laboratório | 01 | 5 |
| Vendedor | 03 | 15 |
| Veterinário | 01 | 5 |
| Motorista | 02 | 10 |
| Dona de Casa | 03 | 15 |
| ASB | 01 | 5 |
| Agente de Crédito | 01 | 5 |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2020.**

Gallotti (2012) considera provável que as mulheres estejam mais atentas à utilização de cosmecêuticos do que os homens, sendo a profissão estudante (nº 05; 25%) com maior destaque entre os pacientes atendidos.

A tabela 2 mostra que a principal queixa relatada pelos pacientes é a de manchas (nº 13; 65%), seguido de flacidez (nº 05; 25%) e rugas (nº 02; 10%), corroborando com o estudo de Schalka *et al*. (2016), ao relacionar com os cuidados pessoais que esses indivíduos tomam, percebeu-se que (nº 16; 80%) utilizavam protetor solar, sendo esse protetor com FPS 50 o mais utilizado (nº 8,76; 43,8%).

ISBN 978-65-86901-26-9

**Tabela 2:** Resultados das queixas principais e dos cuidados pessoais relatados pelos indivíduos.

| Variável | F | % |
|---|---|---|
| **Queixa Principal** | | |
| Flacidez | 05 | 25 |
| Rugas | 02 | 10 |
| Manchas | 13 | 65 |
| **Utiliza protetor solar** | | |
| Sim | 16 | 80 |
| Não | 04 | 20 |
| **Qual o Fator de Proteção Solar** | | |
| FPS 30 | 01 | 6,3 |
| FPS 40 | 01 | 6,3 |
| FPS 50 | 07 | 43,8 |
| FPS 60 | 03 | 18,8 |
| FPS 70 | 04 | 25 |
| **Já fez algum procedimento estético** | | |
| Sim | 10 | 50 |
| Não | 10 | 50 |
| **Qual procedimento** | | |
| Medicamentoso | 01 | 10 |
| Limpeza de pele | 02 | 20 |
| Pelling químico | 02 | 20 |
| Microagulhamento | 03 | 30 |
| Ácidos | 01 | 10 |
| Preenchimento | 01 | 10 |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2020.**

Além disso, observou-se que a metade (nº 10; 50%), dos pacientes já teriam realizado algum tipo de procedimento estético, mostrando-se o microagulhamento (nº 06; 30%) como o procedimento mais citado. No estudo de Brait *et al.* (2018) fazem associação do microagulhamento com o uso dos cosmecêuticos de hidroácidos e antioxidantes.

**Tabela 3:** Resultados relacionados ao conhecimento e uso dos cosmecêuticos.

| Variável | F | % |
|---|---|---|
| **Você já havia ouvido falar da importância do uso de cosmecêuticos na prevenção do envelhecimento** | | |
| Sim | 16 | 80 |
| Não | 04 | 20 |
| **Você costuma fazer uso de cosmecêuticos** | | |
| Sempre | 08 | 40 |
| Normalmente | 05 | 25 |
| Raramente | 05 | 25 |
| Não faço | 02 | 10 |
| **Há quanto tempo você faz uso de cosmecêuticos** | | |
| Sempre usei | 0 | 0 |
| Desde a adolescência | 01 | 5 |
| Desde os 20 anos | 04 | 20 |
| Desde os 30 anos | 07 | 35 |
| Desde os 40 anos | 01 | 5 |
| Desde 1 ano atrás | 06 | 30 |
| Nunca usei | 01 | 5 |
| **Para você, qual é a melhor abordagem para obter uma pele mais bonita e prevenir o envelhecimento cutâneo:** | | |
| Utilizar protetor solar diariamente | 04 | 20 |
| Utilizar cosméticos rejuvenescedores diariamente | 0 | 0 |
| Utilizar cosméticos a base de ácidos | 0 | 0 |
| Utilizar protetor solar diariamente e utilizar cosméticos rejuvenescedores diariamente | 06 | 30 |
| Utilizar protetor solar diariamente, utilizar cosméticos rejuvenescedores diariamente e utilizar base de ácidos | 10 | 50 |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2020.**

Quanto ao conhecimento do uso de cosmecêuticos, pôde-se perceber que a maioria (nº 16; 80%) dos pacientes já ouviram falar sobre a importância desses produtos na prevenção do envelhecimento, salientando-se que (nº 08; 40%) afirmaram fazer uso sempre desse recurso, no contexto, 35% (nº 07) da amostra afirmaram que utilizam desde os 30 anos de idade faz uso de cosmecêuticos, já em relação à melhor abordagem para obter uma pele mais bonita e prevenir o envelhecimento cutâneo (nº 10; 50%), os pacientes responderam utilizar protetor solar e cosméticos rejuvenescedores diariamente e utilizar

base de ácidos, corroborando com o estudo de Dayan *et al.*, (2019), que teve o objetivo de caracterizar os cuidados diários com a pele.

**Tabela 4:** Resultados relacionados à percepção dos pacientes quanto aos efeitos positivos da utilização dos cosmecêuticos.

| Variável | F | % |
|---|---|---|
| **Você acredita que com utilização dos cosmecêuticos houve uma melhora/atenuação das suas queixas principais** | | |
| Sim | 20 | 100 |
| Não | 0 | 0 |
| **Qual o tratamento que você está realizando na clínica de fisioterapia** | | |
| Facial para manchas | 12 | 42,9 |
| Facial para acnes | 07 | 21,3 |
| Hidratação | 01 | 3,6 |
| Facial para flacidez | 04 | 14,3 |
| Facial para linhas de expressão | 01 | 3,6 |
| Facial para rugas | 04 | 14,3 |
| **De acordo com sua percepção, o tratamento foi:** | | |
| Positivo | 19 | 95 |
| Negativo | 0 | 0 |
| Indiferente | 01 | 5 |

**Fonte: Dados da pesquisa, 2020.**

De acordo com o relato dos pacientes, todos observaram efeitos positivos da utilização dos cosmecêuticos no tratamento, sendo (nº 8,58; 42,9%) sendo atendida para um tratamento facial para manchas, seguido de tratamento facial para acnes (nº 4,26; 21,3%), dessa forma (nº 19; 95%) dos pacientes afirmaram que o tratamento com os cosmecêuticos foi positivo, mostrando estar de acordo com Lee (2016), observou que os cosmecêuticos amenizam os sinais de fotoenvelhecimento e apenas 5% considerou o tratamento indiferente, fazendo corroborando com a pesquisa de Apolinário *et al.*, (2011), que mostrou-se a ineficácia advinda dos cosmecêuticos, bem como, em alguns aspectos podem acarretar riscos à saúde.

## Considerações finais

Nesta perspectiva, este estudo visou obter dados sobre a percepção do uso de cosmecêuticos no processo de envelhecimento, no setor de Dermatofuncional da Clínica Escola de Fisioterapia de uma universidade privada do interior da Paraíba. A pesquisa se fez necessária principalmente para investigar a percepção dos pacientes quanto ao conhecimento e uso dos cosmecêuticos. Com relação à eficácia se fez eficiente conforme o rejuvenescimento da pele na percepção dos pacientes.

Portanto, a partir dos resultados, concluiu-se que são necessários maiores estudos que sirvam como referência para estudos posteriores sobre essa temática. Dentro das limitações da pesquisa destaca-se que a maioria dos estudos foram realizadas em países norte-americanos, observando-se a falta de incentivo à pesquisa brasileira.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AMES, B. N.; SHIGENAGA, M. K.; HAGEN, T. M. **Oxidants, antioxidants, and the degenerative diseases of aging.** Division of Biochemistry and Molecular Biology, University of California, v. 90, p. 7915-7922, Berkeley, 1993.

APOLINÁRIO, A. C. *et al*. Investigação de possíveis riscos à saúde advindos da utilização de cosméticos. **Rev. Bras. Farm**. v. 92, n. 4, p. 323-326, 2011.

AZULAY, R. D.; AZULAY, D. R. **Dermatologia**. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2006.

BARQUET, A. P.; FUNCK, A.; KOESTER, L. **Comparação entre alfa hidroxiácidose poli hidroxiácidos na cosmiatria e dermatologia**. Rev. Brás. Farm, v. 87, n. 3, p. 67-73, 2006. BIANCHI, M. L.; ANTUNES, L. M. G. Radicais livres e os principais antioxidantes da dieta. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 12, n. 2, p. 123-130, 1999.

BRAIT, D. C. *et al*. RELATO DE CASO Microagulhamento associado a fatores de crescimento e vitamina C no tratamento de estrias, fibro edema gelóide e flacidez tissular na região glútea. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 1, p. 80-88, 2018.

BRANDT, F; REYNOSO, P. **Eternamente jovem:** como cuidar da sua pele. (Trad. Ana Beatriz Rodrigues). Rio de Janeiro: Campus, 2003.

CANCELA, D.M.G. O Processo de Envelhecimento. 15 f. 2007. **Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia** (Licenciatura em Psicologia) – Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto, Portugal. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

DAMAZIO, M. G.; GOMES, R. K. **Cosmetologia:** Descomplicando os princípios ativos. 4 ed. 2013.

DANGELO, J.G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana básica**, 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

DAYAN, S. H. *et al*. Topical skin therapies in subjects undergoing full facial rejuvenation. **Journal of cosmetic dermatology**, v. 18, n. 3, p. 798-805, 2019.

DOLINSKY, M. **Nutrição funcional**. São Paulo: Roca, 2009.

DUARTE, Y. M. B. **Métodos biofísicos não invasivos para avaliação da eficácia de cosméticos.** Dissertação de mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.

DUREJA, H *et al*. Cosmeceuticals: an emerging concept, **Indian Jour. of Pharmacology**, Mumbai, v. 37, n. 3, p. 155-159, 2005.

ESTEVES, M. *et al*. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. **Medicina**, v. 50, n. 1, p. 18-28, 2017.

FERREIRA; *et al*. Caracterização Físico-Química do Fruto e do Óleo Extraídode Tucumã **Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 19, n. 14, p. 427-433, 2011.

FITZPATRICK, T. B. **Tratado de dermatologia**. 7 ed. Rio de Janeiro: Revinter, v. 1, 2011.

FORNAZIERI, L. C. **Tratado de Acupuntura Estética**. São Paulo: Ícone, 2007.

GALLOTTI, M. E. R**. Motivações e Valores Associados ao Consumo de Alimentos Funcionais e Nutricosméticos: Um estudo exploratório com mulheres no Rio de Janeiro. 2013**. Dissertação (Mestre em Administração) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto COPPEAD de Administração, rio de Janeiro, 2012.

GARTNER, L.P. HIATT, J.L. **Tratado de Histologia**, 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GONCHOROSKI, D. D.; CORRÊA, G. M. Tratamento de hipercromia pós-inflamatória com diferentes formulações clareadoras. **Infarma**, v. 17, n. 3-4, p. 84-8, 2005

GRAGNANI, A. *et al*. Review of Major Theories of Skin Aging. **Advances in Aging Research.** v. 3, p. 265–284, 2014.

GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional:** Fundamentos, Recursos, Patologias. 3. ed. Barueri: Manole, 2004.

GUIRRO, E. C. O.; GUIRRO, R. R. J. **Fisioterapia Dermato-Funcional:** Fundamentos, Recursos e Patologias. 3 ed. Barueri: Manole, 2010.

JUNQUEIRA, L. C.; CARNEIRO, J. **Histologia básica.** 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

JUNQUEIRA, L.; CARNEIRO, J**. Histologia Básica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

KEDE, M. P. V. *et al.* Guia de Beleza e Juventude – A arte de se cuidar e de elevar a autoestima. 2 ed. **Revista e atualizada**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2010.

KLIGMAN, A.M. The future of cosmeceuticals: an interview with Albert Kligman, MD, PhD. Interview by Zoe Diana Draelos. **Dermatology Surgery**, v. 31, p. 890-891, 2005.

LEE, C. M. Fifty years of research and development of cosmeceuticals: a contemporary review. **Journal of cosmetic dermatology**, v. 15, n. 4, p. 527-539, 2016.

LOURITH, N.; KANLAYAVATTANAKUL, M.; CHINGUNPITAK, J. Development of sunscreen products containing passion fruit seed extract. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 53, n. 1, 2017. https://doi.org/10.1590/s2175-97902017000116116

MACHADO, R. M. L.; CAVALIÉRE, S. L. O envelhecimento e seus reflexos Biopsicossociais. **Cadernos Unisuam**. Rio de Janeiro: v. 2, n. 1, p. 110-120, 2010.

MENOITA, E.; SANTOS, V.; SANTOS, A. S. A pele na pessoa idosa. **Rev. inovação e desenvolvimento**. 1 ed. v. 2, p. 18-33, 2013. Disponível em: < http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/2-Pele-Idoso.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2019.

MICILO, G. G. Peelings. In: PEREIRA, M, F, L. **Recursos Técnicos em Estética**. Difusão, cap. 16, p. 416-439, 2013.

NEDEL, D.R. **Antioxidantes x radicais livres:** a influência das vitaminas antioxidantes no retardo do envelhecimento cutâneo. 78 f. 2005. Monografia - Curso de Graduação em Farmácia, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2005.

OLIVEIRA, A.L. **Curso de estética**. São Paulo: Yendis, v. 2, 2008.

OLIVEIRA, M. E. *et al.* **Análise da melhora dos sinais clínicos do envelhecimento cutâneo com o uso da intradermoterpia:** análise clínica, fotográfica e ultrassonográfica. 2013. Disponível em: <http://www.surgicalcosmetic.org.br/detalhe-artigo/294/Analise-da-melhorados-sinais-clinicos-do-envelhecimento-cutaneo-com-o-uso-da-intradermoterapia--analiseclinica--fotografica-e-ultrassonografica>. Acesso em: 22 fev. 2019.

PENTEADO, M. V. C. **Vitaminas:** aspectos nutricionais, bioquímicos, clínicos e analíticos. São Paulo: Manole, 2003.

PEREIRA, J.M.; *et al*. A Utilização de Microcorrentes no envelhecimento Cutâneo. **Revista Fisio Brasil**, ano 11, ed. 87, 2006. Disponível em:< http://www.patriciafroes.com.br/gestao/img/publicacoes/Artigo%202.pdf> . Acesso em: 12 fev. 2019.

PETROCCA, S. **Dieta para a juventude**. São Paulo: Mediafashion, 2010.

RIBEIRO, C. J. **Cosmetologia aplicada a dermoestética.** 2 ed. São Paulo: Pharmabooks, 2010.

RODRIGUES, M. M. **Dermatologia:** do nascer ao envelhecer. Rio de Janeiro: MedBook, p. 414, 2012.

SCHALKA, S. *et al.* Surg. cosmet. Dermatol. (Impr); v. 8, n. 1, p. 46-54, 2016. I*lus* Artigo em Inglês, Português | **LILACS-Express** | ID: biblio-449.

SCOTTI, L.; VELASCO, M. V. R. **Envelhecimento cutâneo à luz da cosmetologia**: estudos das alterações da pele no decorrer do tempo e da eficácia das substâncias ativas empregadas na prevenção. São Paulo: Tecnopress, 2003.

SHAMI, N. J. I. E.; MOREIRA, E. A. M. Licopeno como agente antioxidante. **Revista de Nutrição.** Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 227-236, 2004.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia humana**- uma aboradagem integrada. 5 ed. São Paulo: Artmed, 2010.

SOUZA, V. M.; JUNIOR, D. A. **Ativos Dermatológicos**: v.7. São Paulo: Pharmabooks, 2011.

SPENCE, A. P. **Anatomia Humana Básica**. 2 ed. São Paulo: Manole, p. 7784, 1994.

TESTON, A. P. *et al.* Envelhecimento cutâneo: teoria os radicais livres e tratamento visando a prevenção e o rejuvenescimento. **Revista UNINGÁ**. Maringá: n. 24, p. 71-92, 2010.

VIERKOTTER, A.; KRUTMANN, J. **Environmental influences on skin aging and ethnicspecific manisfestations.** 2012. Düsseldorf, Germany. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm. nih.gov/pmc/articles/PMC3583881/>. Acesso em: 12 fev. 2019.

ZOUBOULIS, C. C; MAKRANTONAKI, E. **Hormonal therapy of intrinsic aging**. Germania: Dessau, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22533363>. Acesso em: 12 fev. 2019

# QUAIS MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA SÃO SUGERIDAS PARA O COMBATE AO COVID 19 NO PÚBLICO IDOSO?

Juliana Cordeiro Carvalho[1]
Monique de Freitas Gonçalves Lima[2]

**Resumo:** Com o objetivo de identificar as medidas de saúde implementadas para o combate ao coronavirus, realizou-se busca por artigos científicos publicados, em português e inglês, nas bases: MEDLINE, LILACS, utilizando como descritores: "Covid-19", and "Aged" or "Eldery" and "Public Health". Por ser, ainda, um tema muito recente e com pouca quantidade de artigos encontrados nessas bases, foi mais adequado não utilizar critérios de exclusão e/ou de qualidade do artigo; por isso foram analisados todos os artigos contidos nas bases de dados, tendo como resultado final: nove artigos. Os resultados mostraram que por não existir vacina e/ou tratamento específico para o combate do coronavirus, faz-se necessário adotar medidas de saúde como: treinamento virtual sobre o controle de infecção, práticas de higienização e cuidados paliativos dos profissionais de saúde, medidas de distanciamento social, restrição de visitas domiciliares, investimentos em testes e, a improvisação de unidades de terapia intensiva. Conclui-se que no meio à uma pandemia é necessário que os países adotem medidas de saúde semelhantes e coerentes, para que evite as lotações dos sistemas de saúde, considerando a fragilidade de estrutura de suporte material e de reduzida equipe técnica para atendimento, e para que os profissionais de saúde atenda todos os pacientes de maneira igualitária. Vale salientar que o público idoso é que merece mais atenção e, que provavelmente serão os mais comprometidos por medidas de saúde inadequadas.
**Palavras-chaves:** Idoso, COVID-19, Saúde Pública.

1 Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, julianacordeirocarvalho@hotmail.com;

2 Mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE,, monique_freitas@hotmail.com;

## Introdução

O Novo Coronavírus-2019 (CoViD-19) surgiu, nos últimos meses de 2019 e, inicio de 2020, como uma síndrome clínica causada pelo novo beta-Coronavírus, sendo chamada de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) - CoV2.

O primeiro caso clínico foi relatado no final de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. E a doença foi oficialmente nomeada COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de fevereiro 2020, após um surto de doença respiratória aguda na província de Hubei. Desde esses primeiros relatos, essa infecção se espalhou em muitos países do mundo e foi declarada como uma pandemia pela OMS (CERIBELLI; MOTTA; SELMI, 2020).

A infecção é transmitida através de gotículas, geradas durante a tosse e espirros por pacientes sintomáticos, assintomáticos e antes do início dos sintomas (ROTHE, 2020). A infecção é adquirida pela inalação dessas gotículas ou pelo contato com superfícies contaminadas e que em seguida, com as mãos contaminadas, a infeção ocorreria pelo toque das mãos no nariz, boca e olhos (WHO, 2020).

As características clínicas do COVID-19 variam em estado assintomático a síndrome do desconforto respiratório agudo, e até a uma disfunção de múltiplos órgãos. Os sintomas comuns incluem: febre (não no total), tosse, dor de garganta, dor de cabeça, fadiga, mialgia e falta de ar.

E em alguns casos pode progredir para pneumonia, insuficiência respiratória e morte (CHEN, 2019). Os casos de morte prematura do surto de COVID-19 ocorreram, principalmente em idosos, possivelmente devido a um sistema imunológico fragilizado que permite uma progressão mais rápida da infecção viral (WANG; TANG; WEI; 2020).

O diagnóstico é realizado por testes moleculares específicos em amostras respiratórias (esfregaço da garganta / esfregaço nasofaringe / escarro / aspirados endotraqueais e, lavagem bronco alveolar) (JIN, 2020).

Atualmente, não há tratamentos para esta infecção e a prevenção e proteção são as maneiras mais indicadas de evitar a transmissão e o contágio. Recomenda-se o isolamento em domicílio dos casos confirmados ou suspeitos com sintomas leves. Os profissionais de saúde devem ser solicitados a usar uma máscara cirúrgica quando estiverem na mesma sala que o paciente e, lavar as mãos a cada 15 a 20 minutos (CHEN, 2020). No âmbito

ISBN 978-65-86901-26-9

comunitário, as pessoas devem evitar áreas de aglomeração, manter distanciamento social, e, a adiar viagens não essenciais para lugares com transmissão contínua (LI, 2020).

Os idosos são destaque na pandemia COVID-19, em grande parte por apresentar alterações decorrentes da senescência ou senilidade. Apesar do envelhecimento populacional, infelizmente há pouca visibilidade e valorização dessa parcela da população. (CERVO, 2007)

Através das leituras (CERIBELLI, MOTTA, SELMI, 2020; ROTHE, 2020; WHO, 2020; CHEN, 2019; WANG; TANG, WEI; 2020; JIN, 2020; CHEN, 2020; LI, 2020; CERVO, 2007) sentiu-se a necessidade de compreender como que os países estão lidando com a pandemia e quais medidas preventivas e/ou protetivas de saúde, sejam públicas ou privadas, estão sendo escolhidas para o combate do COVID-19. Por isso, o objetivo do estudo identificar as medidas de saúde para o combate ao Coronavirus considerando os idosos como a população mais vulnerável.

## Metodologia

Este estudo se caracteriza como como uma revisão bibliográfica [10]. Foi realizada uma pesquisa no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: "Covid-19" and "Aged" OR "Eldery" AND "Public Health", de um a sete de maio de dois mil e vinte e, foram encontrados nove artigos publicados, no ano corrente, que foram disponibilizados e capturados para análise e leitura.

Os critérios para análise dos artigos foram às versões completas e gratuitas, nas línguas inglesas, espanholas e portuguesas. Os resultados das bases de dados foram: Medline (6), Lilacs (3). Os assuntos principais foram: Saúde Pública, Vigilância em Saúde Pública, Política Pública, Vigilância Sanitária, Prática de Saúde Pública, Controle de Infecções, Habitação para Idosos, Epidemias, Planejamento em Saúde, Política de Saúde, Serviços de Saúde para Idosos. Foram analisados apenas os textos completos

A pergunta que norteou a nossa pesquisa foi: Quais são as medidas de saúde (preventivas, protetivas e assistenciais) empregadas pelos países para lidar com o COVID-19 junto ao segmento idoso?

## Resultados

Por ser um tema muito recente, associado com a pouca quantidade de artigos encontrados nessas bases, optou-se por não utilizar critérios de exclusão e/ou de qualidade do artigo, assim foram analisados todos os artigos contidos nas bases de dados, resultando em nove artigos.

As bases de dados identificadas foram: Medline (6) e Lilacs (3). As revistas que publicaram sobre este assunto foram: Journal Korean Med Sci, Journal Gerontol Nurs, MMWR Morb Mortal Wkly Rep (2), The Lancet Respiratory Medicine e Euro Surveil. Também avaliamos artigos advindos doMinisterio de Salud San Salvador, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e o Ministério da Saúde do Brasil.

Os países que publicaram foram: Coréia, EUA (3), Inglaterra, Suíça, República de El Salvador e o Brasil (2). Todos os artigos foram feitos no ano de 2020 (Quadro 1).

O idioma inglês foi predominante (66,6%), correspondendo a seis publicações. Este resultado traduz por a língua inglesa ser predominante na maior parte dos países.

Quadro 1: Identificação dos artigos, conforme título, autor (es), revista, ano de publicação, base de dados e o país. 2020

| TÍTULO | AUTORES | REVISTA | *ANO* | **BASE DE DADOS** | PAÍS |
|---|---|---|---|---|---|
| A Lesson from Temporary Closing of a Single University-affiliated Hospital owing to In-Hospital Transmission of Coronavirus Disease. | Lee H, Heo JW, Kim SW, Lee J, Choi JH | J Korean Med Sci | 2020 | MEDLINE | CORÉIA |
| Public Health and Ethics Intersect at New Levels With Gerontological Nursing in COVID-19 Pandemic. | Young HM, Fick DM | J Gerontol Nurs | 2020 | MEDLINE | EUA |
| Detection of SARS-CoV-2 Among Residents and Staff Members of an Independent and Assisted Living Community for Older Adults - Seattle, Washington | Roxby AC, Greninger, A. L; Hatfield, K.M et al. | MMWR Morb Mortal Wkly Rep | 2020 | MEDLINE | EUA |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| COVID-19: delay, mitigate, and communicate. | Thomas AT, Charlotte M, Maudrian B et al | The Lancet Respiratory Medicine. | 2020 | MEDLINE | INGLATERRA |
| Potential scenarios for the progression of a COVID-19 epidemic in the European Union and the European Economic Area | Johnson HC Gossner CM; Colzani, E Kinsman J. et al | Euro Surveill; | 2020 | MEDLINE | SUIÇA |
| Public Health Responses to COVID-19 Outbreaks on Cruise Ships - Worldwide | Moriarty, LF Plucinski, M.M; Marston BJ et al | MMWR Morb Mortal Wkly Rep | 2020 | MEDLINE | EUA |
| Lineamientos técnicos para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y personas adultas mayores durante estado de emergencia por enfermedad covid-19 en el primer nivel de atención | Ministerio de Salud. San Salvador. | | 2020 | LILACS, BISSAL | República de El Salvador |
| Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) | Agência Nacional de Vigilância Sanitária. | | 2020 | LILACS, Coleciona SUS | Brasil |
| Coronavírus CoViD-19: Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na atenção especializada | Brasil. Ministério da Saúde. | | 2020 | LILACS, Coleciona SUS | Brasil |

Fonte: Quadro elaborado pelos autores (2020)

As medidas de saúde oriundas dos artigos selecionados ressaltaram inúmeras propostas com o intuito de amenizar o número de pessoas infectadas, evitando assim a sobrecarga e lotações no sistema de saúde. (Tabela 1)

As medidas de prevenção sugeridas pela Coreia (LEE, 2020) foram: fechar temporariamente todo o serviço ambulatorial, além de realizar um rastreamento em grande escala e isolamento de pessoas contaminadas. Neste período, os funcionários deslocavam-se com seus carros pessoais e não usava o transporte público como medida de distanciamento social. Aqueles que não podiam usar o carro não tinham permissão para vir trabalhar. Todos os funcionários usavam roupas, luvas, máscaras e proteção para os olhos ao prestar assistência a todos os pacientes.

Nos Estados Unidos (YOUNG; FICK, 2020) adotou-se medidas como: o investimento de recursos humanos e materiais adequados, como também promover o desenvolvimento físico e saúde mental nesta crise. Investiram na aquisição de ventiladores e a contratação de profissionais especializados. Realizaram treinamento virtual, com os profissionais de saúde, sobre cuidados paliativos. Foi utilizado o VitalTalk, programa que tem o objetivo de auxiliar a preparar melhor a comunicação dos médicos entre os pacientes e os profissionais de saúde. Outra forma de conectar os pacientes idosos com os familiares foi utilizando aplicativos como o FaceTime, Zoom, entre outros; tendo em vista que o acompanhamento eletivo hospitalar à pacientes não é possível, nos casos de COVID 19.

O segundo artigo (ROXBY, 2020) dos EUA procedente da revisão destaca a importância das medidas de mitigação da infecção por SARS-CoV-2, incluindo: distanciamento social, restrição de visitantes, investimentos em testes, afastamento de funcionários doentes e práticas aprimoradas de desinfecção e higiene, que são consistentes com as diretrizes atuais para impedir a transmissão do COVID-19 nas comunidades.

Já o plano de preparação, com medidas de saúde ao combate do COVID-19, do Reino Unido (THOMAS, 2020), inclui quatro fases: contenção, adiamento/suspensão temporária das atividades, mitigação e investimento nas pesquisas com o intuito de entender a doença, realizar melhores diagnósticos, e descobrir os tratamentos adequados e, uma suposta vacina para o combate do COVID-19. Medidas de contenção, destinadas a impedir que a doença avance, abrangem: a detecção, isolamento e atendimento de pessoas infectadas, com rastreamento e cuidados com pessoas do seu convívio.

Quando chegou nos 500 casos, o Reino Unido decidiu seguir para a fase de adiamento/suspensão temporária das atividades, onde visou retardar a propagação e afastando a fase de pico, com o objetivo de reduzir a pressão nos hospitais sobrecarregados. Estratégias de distanciamento, como: o cancelamento de conferências, redução do uso não essencial de transporte público e o fechamento de escolas foram empregados. Foi também indicado a lavagem das mãos e o isolamento social por sete dias para aqueles com sintomas. Estratégias provisórias como: a improvisação de unidades de terapia intensiva pode ser fornecida para atender pacientes menos afetados, mas esta abordagem não seria sustentável em longo prazo.

Na União Europeia (JOHNSON, 2020) as medidas de saúde foram realizadas com base em três tipos de cenários: *Cenário 1*: Os casos devem

ser isolados para evitar as transmissões. Os sistemas de vigilância devem ser avaliados. É aconselhável que os países revejam o plano de preparação para pandemia, incluindo a capacidade de aumento do sistema de saúde e planos de continuidade de negócios e serviços essenciais. Além de obter suprimentos como os equipamentos de proteção individual e outros produtos de saúde, realizando um estoque para que não falte. *Cenário 2:* Ativar plano de preparação para uma pandemia, com a obtenção de testes para diagnósticos, para se preparar para os próximos cenários, planos de contingência devem ser atualizados. As mensagens de comunicação de risco devem incluir justificativas claras para quaisquer mudanças nas medidas de saúde pública, à medida que a incidência de casos aumente, não será mais viável rastrear todos os casos. *Cenário 3:* Contenção para a mitigação, garantindo assim que o público saiba como proceder em caso de suspeita de infecção. Implementação de medidas de distanciamento social, como cancelamento de conferências, eventos culturais ou esportivos, recomendação de teletrabalho, e fechamento de escolas. Tais medidas podem reduzir o número de casos, aliviando assim o sistema de saúde e possivelmente atrasando o pico do surto. Buscou-se simplificar a notificação de casos e continuar testando os pacientes. E devem ser feitos uma triagem eficiente dos casos que requerem atenção médica e isolamento dos casos que requerem tratamento.

Sobre as medidas de saúde pública realizadas em navios americanos (MORIARTY, 2020) incluíam: testar os passageiros e tripulantes, de todas as idades inclusive o público idoso, com sintomas, juntamente com seus acompanhantes, aos que obtiveram testes positivos foram desembarcados, hospitalizados e/ou ficarem de quarentena em suas cabines; restrições de viagem aplicadas aos passageiros; restrições de movimento aplicadas a navios; medidas de prevenção e controle de infecções (por exemplo, uso de EPIs para profissionais da área médica e de limpeza); desinfecção de cabines de pessoas com suspeita de COVID-19; fornecimento de materiais de comunicação, notificação dos departamentos estaduais de saúde; e, investigação de contatos de casos identificados entre viajantes retornados nos EUA.

A República de El Salvador (Ministerio de Salud, 2020) sugere o uso de estratégias que enfocam os seguintes aspectos: a) Diminuição da propagação em pacientes suscetíveis; b) Identificação precoce; c) Ações de educação e prevenção, com o envolvimento de pacientes, suas famílias e profissionais de saúde. Em relação às ações comunitárias: a equipe de saúde deve fazer visitas domiciliares, para prevenir ou identificar complicações em pessoas com

doenças crônicas não transmissíveis priorizados, principalmente, as situações de diabetes, câncer, doença renal e insuficiência cardíaca crônica; Os profissionais de saúde devem cumprir as diretrizes estabelecidas para o uso do equipamento de proteção individual. E as ações a serem realizadas foram:

- Identificação de sinais e sintomas e, como lidar com um caso suspeito de COVID-19;
- Identificação de idosos e pessoas com doenças crônicas não transmissíveis que atendam à definição de caso de COVID-19;
- Verificação do fornecimento de medicamentos por 60 dias; Identificação de idosos que moram sozinhos e sem rede de apoio;
- Recomendar a realização de medidas de autocuidado, tais como: hidratação e dieta adequada, aderir aos medicamentos prescritos, atividade física dentro de casa, evitando repousos generalizados;
- Recomendar medidas preventivas: como higiene das mãos com água e sabão, cobrir a boca e o nariz ao espirrar, higienizar as mãos com álcool gel, evitar contato físico quando cumprimentar, tocar boca, nariz e rosto, entre outros;

No Brasil (ANVS, 2020), Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) adotaram medidas para realizar a avaliação/monitoramento periódico de todos os residentes; ensinar a forma correta de higienização das mãos; orientar a etiqueta da tosse e a higiene respiratória, limpeza e desinfecção das superfícies, dos utensílios e produtos utilizados pelos residentes. Em relação à vacinação: certificar-se que os idosos estejam com todas as vacinas em dia, reduzir, ao máximo, o número de visitantes, assim como a frequência e a duração da visita, evitando assim aglomeração. Reduzir o tempo dos residentes nas áreas comuns da instituição para evitar aglomerações, capacitação para os profissionais sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPI).

O Ministério da Saúde no Brasil (2020) realizou um fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na atenção especializada para o combate ao novo Corona vírus, onde se preconiza que em pacientes com sinais de dispneia e desconforto respiratório haverá um diagnóstico de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Se o paciente entrar em choque e/ou ter disfunção de órgãos vitais e/ou insuficiência respiratória e/ou instabilidade hemodinâmica, será necessário uma indicação de internação em UTI, onde necessitará de suporte intensivo de oxigenoterapia sob monitoramento, hidratação venosa

e exames complementares. Se o paciente não tiver indicação para internação em UTI, o tratamento será o uso da oxigenoterapia; hidratação venosa e exames complementares. Além de acompanhamento do leito em isolamento individual, notificar e coletar exames específicos. Realizar um fluxo para os pacientes mais graves também faz parte de medidas de saúde.

Tabela 1: Síntese das Medidas de Saúde propostas pelos artigos compostos na revisão

| Artigos (Títulos) | Medidas de Saúde |
|---|---|
| A Lesson from Temporary Closing of a Single University-affiliated Hospital owing to In-Hospital Transmission of Coronavirus Disease. | Fechar temporariamente de todo o serviço ambulatorial. Rastreamento dos casos e com isolamento pessoas contaminadas. Durante o período de paralisação hospitalar, o restante dos funcionários deslocava-se com seus carros pessoais e não usava o transporte público como medida de distanciamento social. Aqueles que não podiam usar o carro não tinham permissão para vir trabalhar. Todos os funcionários usavam roupas, luvas, máscaras médicas e proteção para os olhos ao prestar assistência a todos os pacientes. |
| Public Health and Ethics Intersect at New Levels With Gerontological Nursing in COVID-19 Pandemic. | Ter ambientes apropriados, garantir recursos humanos e materiais adequados e promover o desenvolvimento físico e saúde mental nesta crise. Investir e adquirir ventiladores e profissionais adequados. Treinamento virtual sobre tópicos de controle de infecção e cuidados paliativos. Utilização do VitalTalk (dicas práticas de comunicação sobre o COVID-19). Utilização do FaceTime, Zoom para a comunicação entre os pacientes idosos com os seus familiares. Oferecer conhecimentos de controle básico de infecções aos cuidadores |
| Detection of SARS-CoV-2 Among Residents and Staff Members of an Independent and Assisted Living Community for Older Adults - Seattle, Washington, | Destacam a importância das medidas de mitigação da SARS-CoV-2, incluindo distanciamento social, restrição de visitantes, investimentos em testes, exclusão de funcionários doentes e práticas aprimoradas de desinfecção e higiene, que são consistentes com as diretrizes atuais para impedir a transmissão do COVID-19 nas comunidades |
| COVID-19: delay, mitigate, and communicate. | Detecção, isolamento e atendimento de pessoas já infectadas. Investir em testes rápidos. Estratégias de distanciamento, como o cancelamento de conferências, reduzir o uso não essencial de transporte público e o fechamento de escolas. Lavagem das mãos e o isolamento social. Estratégias provisórias como a implementação de UTI. |

| | |
|---|---|
| Potential scenarios for the progression of a COVID-19 epidemic in the European Union and the European Economic Area, March 2020. | *Cenário* 1: Isolamento Social dos casos. Rever os planos de preparação para pandemia. Obter suprimentos. *Cenário* 2: Obtenção de testes; Atualização dos planos de contingência; Com o aumento de casos, não será viável rastrear todos os casos. *Cenário* 3:. Implementação de medidas de distanciamento social, como cancelamento de conferências, eventos culturais ou esportivos, recomendação de teletrabalho, fechamento de escolas. |
| Public Health Responses to COVID-19 Outbreaks on Cruise Ships - Worldwide. | Testar os passageiros e tripulantes com sintomas, juntamente com seus acompanhantes, aos que obtiveram testes positivos foram desembarcados, hospitalizados e/ou ficar de quarentena em suas cabines, restrições de movimento nos navios, medidas de prevenção e controle de infecções (por exemplo, uso de EPIs para profissionais de saúde e da limpeza), desinfecção de cabines, notificação dos departamentos estaduais de saúde e investigação de contatos de casos identificados entre viajantes retornados nos EUA. |
| Lineamientos técnicos para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y personas adultas mayores durante estado de emergencia por enfermedad covid-19 en el primer nivel de atención | Identificação precoce; Ações de educação e prevenção. Visitas domiciliares pela equipe de saúde; Uso correto dos EPIs; Identificação das pessoas mais vulneráveis; Verificação do fornecimento de medicamentos; Identificação de idosos sem rede de apoio; Se um paciente com doença crônica e/ou idoso for identificado, com patologia respiratória, sem vínculo epidemiológico, deve ser encaminhado para um hospital. |
| Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) | Realizar a avaliação de todos os residentes;. Higiene da mãos; orientar sobre a higiene respiratória; limpeza e desinfecção; Verificar se a vacinação está em dia; Evitar aglomeração; Reduzir o tempo dos residentes nas áreas comuns para evitar aglomerações; Capacitação para os profissionais sobre o uso de EPI. |
| Coronavírus CoViD-19: Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na atenção especializada | Se o paciente não tiver indicação para internação em UTI, o tratamento será o uso da oxigenoterapia; hidratação venosa e exames complementares. Já em situações mais graves, será necessário a internação em UTI, com suporte intensivo de oxigenoterapia sob monitoramento, hidratação venosa e exames complementares. |

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020)

## Discussão

Percebe-se que as medidas implementadas pelos países, selecionados na revisão são semelhantes. Rastreamento e testes (LEE, 2020; YOUNG, FICK, 2020; ROXBY, 2020; THOMAS, 2020; MINISTERIO DE SALUD, 2020),

Isolamento e medidas de mitigação (LEE, 2020; ROXBY, 2020; THOMAS, 2020), Aquisição de materiais YOUNG; FICK, 2020; JOHNSON, 2020; MORIARTY, 2020), implementação de UTI provisórias (THOMAS, 2020), Medidas de prevenção (ANVS, 2020; MINISTERIO DE SALUD, 2020; ANVS, 2020), Capacitação dos profissionais (YOUNG; FICK, 2020; MINISTERIO DE SALUD, 2020; ANVS, 2020), Diretrizes de manejo para o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Todas essas medidas fazem parte das solicitações realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o combate da pandemia pelo Coronavirus (OMS, 2020).

Os artigos focaram no publico idoso (LEE, 2020; YOUNG, FICK, 2020; ROXBY, 2020; THOMAS, 2020, JOHNSON, 2020; MORIARTY, 2020; MINISTERIO DE SALUD, 2020; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). Sabe-se que o COVID-19 pode atingir todas as idades, porém as taxas de mortalidade são mais comuns em idosos e naquelas com comorbidades subjacentes (50-75% dos casos fatais) (SINGHAL, 2020).

Com base na literatura (BITTENCOURT, 2020), as melhores medidas de saúde sugeridas, seriam testagem massiva, para o controle da transmissão e acompanhamento dos infectados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 17 de março de 2020, a recomendação: "TESTAR, TESTAR e TESTAR", como iniciativa fundamental para identificação do ponto crítico da transmissão da atual pandemia, os infectados assintomáticos ou levemente sintomáticos e, assim cumprir a segunda e terceira medidas básicas da Estratégia da Supressão: testar e isolar as pessoas infectadas (LI, 2020).

Sobre as Medidas de Mitigação, sugeridas pelos artigos da revisão, sabe-se que suas estratégias preveem o isolamento vertical, apenas para os grupos de risco, particularmente os idosos, e outras medidas paliativas pelo período de três meses. Essa estratégia, quando implantada isoladamente somente alcança sucesso quando o sistema de saúde identifica e isola todas as pessoas infectadas (FERGUSON, 2020).

Percebe-se que o conjunto de ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19, no âmbito da atenção primária à saúde (APS), referem-se à: (1) produção e divulgação de protocolo clínico ou diretrizes de manejo para o tratamento, quadro-síntese "fast track" e dezenas de materiais de orientação preventiva e assistencial contra COVID-19 (BRASIL, 2020).

Sobre as medidas de prevenção, no Brasil, percebeu-se ser fundamental as estratégias de prevenção a COVID-19 e, ao mesmo tempo, manutenção do acompanhamento longitudinal das pessoas sob cuidado, através das Equipes de

ISBN 978-65-86901-26-9

Saúde da Família (ESF) (HARZHEIM, 2020). Adicionalmente, observa-se o TeleSUS - sistema de Telemedicina criado para rastrear, diagnosticar, tratar e monitorar pacientes portadores de Síndrome Gripal e COVID-19 (Brasil, 2020).

Sobre a criações de novas Unidades Terapias Intensivas (UTI), no sistema de saúde brasileiro, foi necessário desenvolver uma estrutura assistencial capaz de cuidar de maneira apropriada dos casos mais graves que requeiram internação, sobretudo nas UTIs. Acrescenta que dados precisos sobre a extensão do SARS-CoV-2 são essenciais para uma estimativa e preparação robustas de recursos hospitalares e requisitos de leitos de UTI (SALATHÉ, 2020).

Importa frisar que, diante do cenário de crise na saúde pública brasileira, vivenciada por baixo investimento, durante anos, aprofundados pela Emenda Constitucional (EC) 95, que prevê congelamento nos investimentos por vinte anos, ainda vivenciar uma epidemia como o COVID 19 repercute diretamente no atendimento ao público mais vulnerável, especialmente o segmento idoso (BRASIL, 2016).

Ao longo das últimas três décadas, o financiamento da saúde foi um dos temas mais debatidos e problemáticos na agenda de implementação da política de saúde no âmbito de países com sistemas universais de saúde, especialmente no Brasil.(MENDES, 2015). A crise global, sanitária e social, advinda do COVID 19, apresenta as consequências das políticas neoliberais, implementada no Brasil na década de 90, especialmente no âmbito da Saúde.

Os processos de privatização e desmantelamento dos serviços públicos de saúde que fragilizaram a estrutura funcional foram potencializados com a chegada do Corona Vírus. O colapso dos serviços de saúde é reflexo da aproximação entre o Neoliberalismo e o discurso da necropolítica.

Com relação às capacitações para os profissionais de saúde, o serviço de saúde possui o dever de fornecer capacitação para todos os profissionais de saúde para a prevenção da transmissão de agentes infecciosos. Todos os profissionais de saúde devem ser treinados para o uso correto e seguro dos EPI (ANVISA, 2020; CDC, 2020).

Além do que o Estatuto do idoso (BRASIL, 2003) prevê a capacitação para o atendimento especializado gerontológico e geriátrico e, a prioridade de atendimento ao segmento idoso, que diante desta epidemia foram mais evidenciados, visto o aumento populacional de idosos no Brasil.

Assim, percebe-se que todas as medidas selecionadas na revisão são adotadas pela maioria dos países, como também no Brasil. Em especial remontando ao aparato legal que prevê a Saúde como direito de todos e dever do Estado,

em especial ao artigo 196 da Constituição Federal e a Lei 8080/90 do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2020; BRASIL, 1990).

Perceber o segmento idoso, ganha destaque neste estudo, em razão de pertencer ao grupo de vulnerabilidade, diante da Pandemia do COVID 19, porém numa análise mais ampliada às condições de vida que fragilizaram o idoso e aumentam a exposição ao contágio, constituídas ao longo da vida. Muitas vezes não se tem acesso aos serviços de saúde de forma regular e de cobertura eficiente, no processo de envelhecimento (ALVES, 2016).

## Considerações finais

As medidas implementadas para o combate ao novo coronavírus foram: rastreamento, testagens, isolamento, medidas de mitigação, aquisição de materiais, implementação de UTI provisórias, capacitação dos profissionais, dentre outras. Todas essas medidas fazem parte das solicitações realizadas pela OMS para o combate da pandemia pelo Covid-19.

Percebe-se que a medida mais eficaz seja a o rastreamento através de testes em massa da população. Ocorrendo, por tanto, o isolamento dos contaminados, a diminuição da discriminação do vírus, gerando uma menor sobrecarga no sistema de saúde.

Contudo há de se referenciar na análise da perspectiva brasileira o cenário de crise, em que se vivencia a oferta de serviços de saúde, o que apresenta sobrecarga de atendimentos incluindo, filas de espera para UTIs. Medidas urgentes precisam ser pensadas no sentido de garantir que as medidas em saúde possam ter eficiência e eficácia, preservando a qualidade de vida e o direito à vida de todos.

Vale salientar, que com a instabilidade governamental no Brasil devido as saídas consecutivas de dois ministros da saúde em detrimento ao presidente se opor em algumas recomendações sugeridas pela OMS, acabou gerando um direcionamento menos eficaz e eficiente, sobre as medidas de saúde no Brasil no combate ao COVID19.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Orientações para a prevenção e o controle de infecções pelo novo coronavírus (sars-cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)*. 2020

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-COV-2)*. 2020.

Alves, S.B.; Campelo e Paiva, S.O.; Arruda, F.T. ***Produção de conhecimento no serviço social sobre as lutas e proteção social à velhice dos trabalhadores*. Textos e Contextos, vol. 15, n. 1,** 2016.

Brasil, Ministério da Saúde. *Coronavírus CoViD-19: Fluxo de manejo clínico do adulto e idoso na atenção especializada*.

Brasil. ***Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016*.**

Brasil. *Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde*. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, versão 7– abril-2020

Brasil. ***Estatuto do idoso*:** Lei nº 10.741 01/10/2003.

Brasil. ***Constituição Federal do Brasil*.**

Brasil. ***Sistema Único de Saúde (SUS):*** *Lei 8.080/90*. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). TeleSUS*. 2020.

Bittencourt, R. J. *Testagem de rastreio e busca ativa de infectados assintomáticos pelo SARS-COV-2: a visão do planejamento em saúde pública*. Com. Ciências Saúde., vol. 31, n. 1, p. 08-16, 2020.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in healthcare settings*. 2020.

Ceribelli, A.; Motta, F.; Selmi, C. *Recommendations for coronavirus infection in rheumatic diseases treated with biologic therapy*. J Autoimmun., *vol.* 1009, n. 102442, 2020.

Cervo, A. L.; Bervian, P. A.; Da Silva, R. *Metodologia científica*. 6ª ed. Editora Pearson Prentice Hall, 2007.

Chen, N.; Zhou, M.; Dong, X.; Qu, J.; Gong, F.; Han, Y.; Qiu, Y.; Wang, J.; Liu, Y.; Wei, Y., Xia, J.; Yu, T.; Zhang, X.; Zhang, L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet., vol. 395, p. 507–513, 2020.

Chen, Z. M.; Hua, C. Z.; Li, F. B.; Lin, R.; Tang, L F.; Wang, T. L.; Wang, W.; Wang, Y. S.; Xu, W. Z.; Yang, Z. H.; Ye, S.; Yuan, T. M.; Zhang, C. M.; Zhang, Y. Y. *Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus*. World J Pediatr., vol. 1, p. 1-7, 2020.

Ferguson N. et al. *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-mortality and healthcare demand. Report 9*. Imperial College COVID-19. Response Team., vol. 16, n. 3. , 2020.

Harzheim, E.; Martins, C.;Wollmann, L.; Pedebos, L. A.; Faller, L. A.; Marques, M. C.; Minei, T. S. S.; Cunha, C. R. H.; Telles, L. F.; Moura, L. J. N.; Leal, M. H.; Rodrigues, A.S.; Rech, M. R. A.; D'Avila, O. P. *Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a atenção primária à saúde (APS) no assento do condutor.* Health Sciences. vol.25 n.1.

Hammerschmidt, K. S. A., Santana, R. F. *Saúde do Idoso em Tempos de Pandemia COVID-19*. Cogitare enferm., vol. 25, 2020.

Jin, Y. H., Cai, L., Cheng, Z. S., et al. *A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus [2019-nCoV] infected pneumonia*. Mil Med Res., vol. 7, n. 4, 2020.

Johnson, H. C.; Gossner, C. M; Colzani, E.; Kinsman, J.; Alexakis, L.; Beauté, J.; Würz, A.; Tsolova, S.; Bundle, N.; Ekdahl, K. *Potential scenarios for the progression of a COVID-epidemic in the European Union and the European Economic Area*, March Euro Surveill., vol. 25, n. 9. 2020.

Lee, H.; Heo, J. W.; Kim, S. W.; Lee, J.; Choi, J. H. *A Lesson from Temporary Closing of a Single University-affiliated Hospital owing to In-Hospital Transmission of Coronavirus Disease 2019*. J. Korean. Med. Sci. vol 35, n 13, 2020.

Li, J.; Li, J.; Xie, X.; Cai, X.; Huang, J.; Tian, X.; Zhu, H. *Game consumption and the 2019 novel coronavirus*. The Lancet Infectious Diseases., vol. 20, n. 3, p. 275-276, 2020.

Li, R. Sem, P.; Bin, C.; Yimeng, S.; Tao, Z.; Wan, Y.; Jeffrey, S. *Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2)*. Science.,vol. 16, 2020.

Mendes, A. ***A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo?*** Saúde Sociedade., vol. 24, n. 1. 2015.

Mingers, J. *The paucity of multi-method research: a review of the information systems literature*. Information Systems Journal, vol.13, p. 233-249. 2003.

Ministerio de Salud. San Salvador. *Lineamientos técnicos para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y personas adultas mayores durante estado de emergencia por enfermedad covid-19 en el primer nivel de atención.*

Moriarty, L.F; Plucinski, M.M; Marston, B. J; et al. *Public Health Responses to COVID-Outbreaks on Cruise Ships* - Worldwide, Centers for Diesease Control and Prevention., vol. 69, n. 12, p. 347-352, 2020.

Singhal T. *A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19)*. Indian J Pediatr., vol. 87, n. 4, p. 281-286, 2020. Organização Mundial de Saúde (OMS) 2020.

Rothe, C.; Schunk M.; Sothmann, P.; Bretzel, G.; Froeschl, G.; Wallrauch C.; Zimmer, T.; Thiel, V.; Janke, C.; Guggemos, W.; Seilmaier, M.; Drosten, C.; Vollmar P.; Zwirglmaier, K.; Zange, S.; Wölfel, R.; Hoelscher, M. *Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany*. New England Journal of Medicine., vol. 382, n. 10, p. 970-971, 2020.

Roxby, A. C.; Greninger, A. L.; Hatfield, K. M.; Lynch, J. B; Dellit, T. H.; James, A.; Taylor, J.; Page, L. C.; Kimball, A.; Arons, M.; Schieve, L. A.; Munanga, A.; Stone, N.; Jernigan, J. A.; Reddy, S.C.; Lewis, J.; Cohen, S. A.; Jerome, K. R.; Duchin, J. S.; Neme, S. *Detection of SARS-CoV-2 Among Residents and Staff Members of an Independent and Assisted Living Community for Older Adults - Seattle, Washington*, MMWR Morb Mortal Wkly Rep., vol. 69, n.14, p. 416-418, 2020.

Salathé, M.; Althaus, C. L.; Neher, R.; Stringhini, S.; Hodcroft, E.; Fellay, J.; Zwahlen, M.; Senti, G.; Battegay, M.; Wilder-Smith, A.; Eckerle, I.; Egger, M.; Low, N. *COVID-epidemic in Switzerland: on the importance of testing, contact tracing and isolation*. Swiss Med Wkly., vol. 11, n. 12, 2020.

Thomas, A. T.; Charlotte, M.; Maudrian B. *COVID-19: delay, mitigate, and communicate*. Lancet Resir Med. , vol. 8, n. 4, 2020.

Wang, W.; Tang, J.; Wei, F. *Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China*. J. Med. Virol., vol. 92, n. 4, p. 441-447, 2020.

WHO. *World Health Organization*. Situation reports. 2020

Young, H. M.; Fick, D. M. *Public Health and Ethics Intersect at New Levels With Gerontological Nursing in COVID-19 Pandemic*. Journal of Gerontological Nursing, vol. 46, n. 5, p. 4-7, 2020.

# MORTES POR ACIDENTES DE TRÂNSITO OCORRIDOS ENTRE IDOSOS EM RODOVIAS NO BRASIL

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes[1]
Rosana Alves de Melo[2]
Joebson Maurilio Alves dos Santos[3]

**Resumo:** O objetivo do estudo foi descrever os acidentes de trânsito ocorridos entre idosos em rodovias federais brasileiras. Tratou-se de um estudo descritivo com a utilização dos dados secundários dos registros dos acidentes de trânsito ocorridos em rodovias federais no Brasil e registrados na base da Polícia Rodoviária Federal. As variáveis do estudo envolveram informações das vítimas, do acidente, da via e condições meteorológicas. Lançou-se mão da estatística descritiva por meio da distribuição de frequência e medidas de tendência central e dispersão com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Os acidentes acometeram principalmente idosos entre 60 e 69 anos, com média de 67,1 anos (DP 67,1) de idade. Os homens foram mais prevalentes nas ocorrências (75,9%). A maioria dos acidentes apresentava registro de vítimas feridas (72,2%) sendo a maioria condutores dos veículos. O principal veículo envolvido foi o automóvel (51,2%) e o tipo do acidente foi colisão e/ou engavetamento (54,5%). Os acidentes ocorriam principalmente em pleno dia (65,0%), sendo a hora média de ocorrência às 13h (DP 5,2) e no final de semana. Quanto às condições da via no momento do acidente, observou-se que os acidentes ocorriam principalmente em vias retas (67,9%), e cuja condição meteorológica era céu claro (55,6%). Quanto às causas do acidente, a

1 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, flavia.fernandes@upe.br.

2 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, rosana.melo@univasf.edu.br.

3 Mestre em Economia. Doutorando em Economia pela UFPE. Economista da UFPE, joebsonmaurilio@gmail.com

falta de atenção do condutor foi a de maior prevalência (36,9%). Esses resultados reforçam a necessidade de adoção de medidas de prevenção e fiscalização visando à redução desses acidentes, em especial entre os idosos.

**Palavras-chave:** Acidentes de trânsito, Idoso, Mortalidade, Estradas

## Introdução

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001) brasileira traz que os acidentes e as violências se configuram em um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência (BRASIL, 2001). Esse cenário não é tratado somente no Brasil, mas também em nível internacional (SEID et al., 2015). A política define ainda que: "o acidente é entendido como o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como o do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer" (BRASIL, 2001, p.3).

Em todo o mundo, as mortes por acidentes no trânsito vitimaram 18,2 pessoas a cada 100.000 habitantes no ano de 2019 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019). Estudo realizado na Nigéria, apresentou uma prevalência de óbitos por acidentes de trânsito de 73,8% quando comparado a outras causas de mortes (ADEGOKE; AJULUCHUKWU, 2019).

Um acidente de trânsito pode gerar repercussões em vários campos da vida do indivíduo, família e coletividade inclusive nos aspectos da saúde, econômicos e sociais (SANTOS et al., 2018). Não apenas o impacto das mortes provocadas pelos acidentes, mas as sequelas e incapacidades geradas são trazidas na literatura podendo chegar a 15,1% dos envolvidos (MALTA et al., 2016). Consequências que podem resultar em interrupção das atividades habituais de vida, em especial entre motociclistas quando comparados aos motoristas (RIOS et al., 2019).

Entre os principais traumas atendidos em serviços de saúde, destacam-se as quedas e os acidentes de trânsito (FREITAS et al., 2015) sendo importante problema também para as pessoas idosas (SOUZA et al., 2003). Embora não sejam o grupo mais vitimado pelos acidentes de trânsito, quando esses ocorrem entre os idosos apresentam-se de forma mais grave, tanto pelas alterações fisiológicas que ocorrem no processo de envelhecimento quanto pelas lesões provocadas por esses eventos (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2015).

Conhecer mais sobre as condições de ocorrência dos acidentes de trânsito que possam resultar ou não em vítimas fatais e que ocorram em rodovias federais além do conhecimento acerca do tipo de via, fase do dia e dia da semana de ocorrência, permite a adoção de ações preventivas mais efetivas, subsidiando e complementando campanhas que visem a redução dos acidentes (BARROSO JUNIOR; BERTHO; VEIGA, 2019).

ISBN 978-65-86901-26-9

Nesse contexto, essa pesquisa tem como objetivo descrever os acidentes de trânsito ocorridos entre idosos em rodovias federais brasileiras.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os estudos descritivos buscam determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários e primários examinando como a incidência ou a prevalência de uma doença varia de acordo com determinadas características (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Foram utilizados dados secundários e de domínio público dos registros dos acidentes de trânsito ocorridos em rodovias federais em todo o Brasil. Os dados são disponibilizados pela Polícia Rodoviária Federal (PRF) em sítio eletrônico aberto (https://portal.prf.gov.br/dados-abertos-acidentes). Essas informações são originadas a partir do registro do acidente que é o lançamento das informações do acidente de trânsito, com vistas a gerar um documento público sobre a ocorrência, por meio do Boletim de Acidente de Trânsito (BAT) ou e-DAT. Este pode ser feito pelos envolvidos ou pela própria PRF (PRF, 2015). Incluíram-se na amostra os acidentes entre pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, ocorridos e notificados no ano de 2018, independentemente do local de ocorrência e desfecho das vítimas.

As variáveis do estudo envolveram informações das vítimas, do acidente, da via e condições meteorológicas. As características da vítima foram: sexo, idade, tipo da vítima envolvida. Quanto às condições do acidente, foram utilizadas: classificação do acidente, veículo da vítima, tipo do acidentes, dia da semana, turno e hora aproximada de ocorrência. As informações da via foram o sentido e o traçado da via, as causas do acidente. As condições meteorológicas incluídas foram a fase do dia e condição do tempo.

Lançou-se mão da estatística descritiva com a utilização da distribuição de frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e das medidas de tendência central, como a média, e de dispersão, como o desvio padrão. Foram calculados os intervalos de confiança de 95% para a média seguindo a distribuição Z e para a proporção assumindo a distribuição binomial.

Foi utilizado o Programa estatístico Stata 14.0 e o Microsoft Office Excel 2013. Os dados foram apresentados em tabelas. Foram respeitados os

preceitos éticos estabelecidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 dispensando a avaliação pelo Comitê de Ética, visto que os dados são secundários e de domínio público.

## Resultados e discussão

Os acidentes de trânsito ocorridos entre os idosos brasileiros envolveram principalmente pessoas de uma faixa etária menor, entre 60 e 69 anos e com uma média de 67,1 anos (DP = 67,1) de idade. Os homens estiveram mais prevalentes nas ocorrências (75,9%). A maioria dos acidentes apresentava registro de vítimas feridas (72,2%) sendo a maioria condutores dos veículos (66,1%) (Tabela 1).

A PRF entende como acidente de trânsito todo acontecimento não premeditado do qual resultem danos, sejam eles materiais e/ou pessoais, envolvendo veículo na via pública (PRF, 2015). Esses acidentes acometem principalmente pessoas jovens, entretanto, quando ocorrem em idosos provocam maior necessidade de internação, destacando-se os atropelamentos (PINTO et al., 2016).

O perfil de ocorrência dos acidentes de trânsito entre idosos identificado no presente estudo é corroborado pela literatura nacional evidenciando-se os homens como os mais acometidos, assim como a idade como como fator de risco para a possibilidade de óbito decorrente das lesões causadas pelos acidentes sendo os idosos mais jovens os mais acometidos (FREITAS et al., 2015) assim como de maior chance para a mortalidade (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2017).

Os homens sofrem mais violência, nos seus diversos cenários, que levam a óbito e tornam-se visíveis nos índices de mortalidade (BRASIL, 2001). No trânsito, eles se expõem e morrem mais do que mulheres, especialmente os jovens e compõem um grupo especial de condutores no Brasil, devendo ser tratados de maneira diferente, a fim de impedir o crescimento. A sociedade deve ter uma atitude especialmente vigilante em relação aos homens ao volante (MEDEIROS; NADANOVSKY, 2016).

A idade das vítimas envolvidas nos acidentes em estudo internacional foi maior que a faixa de idade evidenciada no presente estudo. No Irã, idade média das mortes no trânsito de idosos foi de 75,3 anos e o sexo mais prevalente também foi o masculino (SADEGHI-BAZARGANI; SAMADIRAD; MOSLEMI, 2018). Em outra análise realizada em âmbito hospitalar no Norte

do Irã, a idade média dos idosos atendidos foi de 70,9 anos sendo também homens, em sua maioria (ETEHAD et al., 2015).

Apesar de a maioria dos registros com os acidentes terem sido em condutores, os pedestres, aparecem como as principais vítimas dos acidentes no grupo de idoso em âmbito internacional (SADEGHI-BAZARGANI; SAMADIRAD; MOSLEMI, 2018). Os idosos apresentam elevado risco de sofrerem lesões no trânsito com alta taxa de mortalidade intra-hospitalar, especialmente pedestres. Esse fato pode estar relacionado com uma maior proporção dessa população nessa categoria. As partes do corpo mais acometidas nesses acidentes em geral são cabeça e pescoço e a taxa de mortalidade hospitalar foi maior em idosos pedestres e motociclistas em comparação com idosos jovens e outros tipos de vítimas (ETEHAD et al., 2015).

Outro estudo aponta também que, entre os acidentes nos idosos, predominam as lesões em múltiplos órgãos e em membros superiores e inferiores observando-se ainda um elevado percentual de lesões na cabeça e pescoço (PINTO et al., 2016).

Os traumas provocados pelos acidentes, como traumas de tórax e cranioencefálicos, podem ser potencialmente graves podendo levar a óbito ou mesmo por provocarem maiores períodos de permanência nas unidades de terapia intensiva (SANTOS; RODRIGUES; DINIZ, 2015).

O crescimento desses eventos envolvendo idosos foi evidente em determinadas áreas no Seul e, com registro de pontos críticos diferindo dependendo da condição do envolvido entre motorista ou vítima (KANG; CHO; SON, 2018). No Brasil, essa mortalidade também apresentou ascendência entre os idosos (CAMARGO; IWAMOTO, 2012).

Além de diferenças entre os locais de ocorrência, passageiros ou pedestres apresentaram também maiores chances de morrer, comparados aos condutores (PAIXÃO et al., 2015). Estudo realizado na Austrália, evidenciou um aumento no quantitativo de motoristas mais velhos entre 2003 e 2012 acompanhado de um aumento no número total de acidentes, ferimentos graves e mortes para motoristas mais idosos com 85 anos ou mais (THOMPSON; BALDOCK; DUTSCHKE, 2018).

O rápido envelhecimento da população associado ao aumento da frota de automóveis e motocicletas, incentivado por medidas regulatórias e pelo crescimento econômico representam desafios a ser enfrentados considerando a política pública nacional para o trânsito (BACCHIERI; BARROS, 2011).

Os acidentes de trânsito, de um modo geral, resultam de desarranjos na infraestrutura urbana, comportamento arriscado de condutores e pedestres e deficiências na regulação ou fiscalização do tráfego. Esses acidentes, por seu impacto sobre o setor saúde, torna-se um tema complexo, principalmente pela perda de pessoas em idade produtiva (CAMARGO; IWAMOTO, 2012).

Tabela 1 – Distribuição das características demográficas, classificação do acidentes e tipo da vítima envolvida em acidentes de trânsitos ocorridos em rodovias federais. Brasil, 2018.

| | **Média** | **DP** | **IC95%*** | |
|---|---|---|---|---|
| **Idade** | 67,1 | 6,4 | 67,0 | 67,1 |
| | **n** | **%** | **IC95%**** | |
| **Faixa etária** | | | | |
| **60 a 69** | 17.127 | 71,0 | 70,5 | 71,6 |
| **70 a 79** | 5.647 | 23,4 | 22,9 | 24,0 |
| **80 ou mais** | 1.339 | 5,6 | 5,3 | 5,8 |
| **Sexo** | | | | |
| Feminino | 5.809 | 24,1 | 23,6 | 24,6 |
| Masculino | 18.302 | 75,9 | 75,4 | 76,4 |
| **Classificação do acidente** | | | | |
| Com Vítimas Fatais | 3.306 | 13,7 | 13,3 | 14,2 |
| Com Vítimas Feridas | 17.404 | 72,2 | 71,6 | 72,7 |
| Sem Vítimas | 3.403 | 14,1 | 13,7 | 14,6 |
| **Tipo da vítima envolvida** | | | | |
| Condutor | 15.933 | 66,1 | 65,5 | 66,7 |
| Passageiro | 7.271 | 30,2 | 29,6 | 30,7 |
| Pedestre | 904 | 3,8 | 3,5 | 4,0 |
| Cavaleiro | 5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

*IC95% - Intervalo de Confiança de 95% para a média

**IC95% - Intervalo de Confiança de 95% para a proporção

Analisando as características do acidente, o principal veículo envolvido foi o automóvel (51,2%) e o tipo do acidente foi colisão e/ou engavetamento (54,5%). Os acidentes ocorriam principalmente em pleno dia (65,0%), no turno da tarde (36,8%) sendo a hora média de ocorrência às 13h (DP = 5,2). O período da semana de maior ocorrência foi o final de semana incluindo o sábado (15,9%), a sexta-feira (15,2%) e o domingo (14,3%) (Tabela 2).

ISBN 978-65-86901-26-9

Os finais de semana, Além de maiores prevalências também podem apresentar maiores chances de acidentes letais sendo 35% maiores aos domingos e 18% aos sábados, em comparação à segunda-feira (BARROSO JUNIOR; BERTHO; VEIGA, 2019).

Os dias da semana de maior ocorrência registrados no presente estudo apresentou resultados semelhantes ao estudo desenvolvido na VIII Região de Saúde de Pernambuco em que prevaleceu o final de semana com maiores registros. Esse mesmo estudo também evidenciou veículos da categoria B, as quais incluem os veículos, como os mais envolvidos (BARROS et al., 2018).

Os dias de maior registro é trazido em estudo mais antigo evidenciando não só o mesmo perfil das vítimas de acidente, como homens e jovens, mas também evidencia o mês de dezembro, os finais de semana, principalmente o sábado, e o turno da noite (BASTOS; ANDRADE; SOARES, 2005), cenário que se repete ao longo dos anos.

Estudo realizado com dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Olinda Pernambuco, evidenciou que os finais de semana também concentravam a maioria dos atendimentos com diferença nos horários de ocorrência variando entre diurno e noturno dependendo do período da semana. Durante a semana (de segunda a quinta-feira) prevaleceram os acidentes durante o dia e nos fianis de semana, durante a noite e madrugada e as motocicletas estavam envolvidas em mais da metade desses acidentes (CABRAL; SOUZA; LIMA, 2011).

Os horários também podem variar dependendo da condição da vítima, seja ela condutor ou pedestre como mostra estudo realizado no Seul para a população idosa. Para os acidentes de trânsito envolvendo os motoristas idosos, evidenciaram-se áreas específicas e principalmente durante a manhã e a tarde, enquanto pontos críticos foram encontrados para vítimas idosas distribuídos em uma ampla área de dia para noite (KANG; CHO; SON, 2018).

Os veículos envolvidos nos acidentes de trânsito podem variar de acordo com a localidade em que esse acidente ocorre. No presente estudo, os registros dos acidentes incluem aqueles que ocorreram apenas em rodovias federais sob jurisdição da PRF. Nessas rodovias, em geral, há um maior fluxo de veículos maiores além dos automóveis como é o caso da circulação de caminhões e veículos de carga.

Relatório publicado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (2015) evidenciou uma maior proporção dos acidentes em rodovias federais

também ocorridos com envolvimento de automóveis. Esse cenário pode estar relacionado a frota circulante nessas localidades. Entretanto, a gravidade com que os acidentes ocorrem também está relacionada ao veículo. Veículos mais vulneráveis como as motocicletas deixam o usuário mais exposto a situações de perigo como quedas e atropelamentos de outros veículos levando a acidentes mais graves e até ao óbito, muitas vezes no próprio local do acidente (IPEA, 2015).

Os acidentes nas rodovias federais respondem por aproximadamente 20% das mortes no trânsito implicando em fortes impactos sobre o orçamento público e sobre a renda das famílias atingidas (IPEA, 2015). Apesar da maior prevalência de automóveis e veículos de maior porte no presente estudo, a motocicleta, a motoneta e os ciclomotores representam importante impacto sobre os acidentes representando mais de duas mil ocorrências.

A frota de veículos a motor de duas e três rodas está crescendo rapidamente em quase todas as partes do mundo. Esses veículos são um dos principais meios de transporte para pessoas e atraem usuários cada vez mais variados e com as mais diversas finalidades de utilização (OMS, 2017).

Além dos riscos de morte, os pacientes idosos traumatizados em decorrência dos acidentes envolvendo motocicleta apresentaram maior gravidade da lesão. Além disso, representa influência sobre a internação com necessidade maior de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mais tempo de internação e maior mortalidade, quando comparados aos acidentes ocorridos entre os adultos (HSIEH et al., 2017).

Parte da gravidade do acidente com a motocicleta está relacionada ao uso de equipamento de proteção individual como o capacete (HSIEH et al., 2017) sendo as lesões na cabeça as mais prevalentes entre os motociclistas (GHAFFARI-FAM et al., 2016). Estudo internacional evidenciou que pacientes que não usavam capacete tinham uma primeira pontuação mais baixa na Escala de Coma de Glasgow e uma maior proporção do status de inconsciente, além de outras complicações e lesão grave. Apresentaram também pior evolução na internação levando a um maior tempo e mortalidade mais alta, enfatizando a necessidade e importância do uso de equipamentos de proteção, especialmente capacetes (HSIEH et al., 2017).

No Noroeste do Irã, estudo também apontou a motocicleta como o mecanismo do acidente mais frequente tendo sido o trauma na cabeça a principal causa da morte entre as vítimas envolvidas. O estudo aponta ainda que cerca de 82% das vítimas eram os condutores das motocicletas e os demais eram

passageiros. As mortes causadas pelas motocicletas, apesar de terem apresentado uma tendência decrescente durante a última década no Noroeste do Irã, continuam sendo um importante problema de saúde pública (SADEGHI-BAZARGANI; SAMADIRAD; HOSSEINPOUR-FEIZI, 2018).

Em Taiwan, a motocicleta também figurou como o principal veículo seguido da bicicleta e evidenciou que o não uso de capacete foi um determinante da hospitalização por motociclistas sendo um fator de risco. Dentre outros, o estudo evidenciou alguns determinantes da hospitalização, destacando-se os ciclistas idosos, fatores relacionados às estradas como curvas acentuadas e o consumo de álcool (PAI et al., 2018).

Medidas que promovam a utilização dos equipamentos de segurança entre os usuários de motocicleta devem ser estimuladas em especial aplicação de leis para o uso do capacete e promoção de comportamentos de segurança entre os motociclistas (RASOUL et al., 2018). Na Carolina do Norte, estudo apontou que a aplicação da lei de capacete universal impediu cerca de 190 a 226 admissões hospitalares de motociclistas por traumatismo em 2011. Além de prevenir as internações e lesões, proporcionou uma redução nas despesas hospitalares nesse mesmo ano (NAUMANN et al., 2015).

Apesar dos estudos anteriores trazerem as motocicletas, em outras localidades os automóveis ainda estão presentes. Em uma Província do Irã, mais da metade das pessoas que morreram por acidente de trânsito estavam em um carro tendo sido os mais jovens os mais afetados na mortalidade. Apesar disso, o estudo evidenciou um aumento no número de mortes

entre motociclistas e um aumento nas mortes ocorridas fora da cidade (YADOLLAHI; GHOLAMZADEH, 2019).

A maior prevalência do automóvel no acidente também direciona para a maior frequência do tipo do acidente em que a colisão e o engavetamento foram maiores como o evidenciado no presente estudo. Dado corroborado por estudo internacional o qual evidenciou também o carro como o principal veículo da colisão (SADEGHI-BAZARGANI; SAMADIRAD; HOSSEINPOUR-FEIZI, 2018).

Tabela 2 – Distribuição das características dos acidentes de trânsito ocorridos em rodovias federais. Brasil, 2018

| | n | % | IC95%* | |
|---|---|---|---|---|
| **Veículo** | | | | |
| Automóvel/utilitário | 12.340 | 51,2 | 50,6 | 51,8 |
| Bicicleta | 395 | 1,6 | 1,5 | 1,8 |
| Caminhonete, caminhão, trator, camioneta, ônibus | 9.254 | 38,4 | 37,8 | 39,0 |
| Carroça, reboque e semi reboque e outros | 101 | 0,4 | 0,3 | 0,5 |
| Motocicleta, motoneta, ciclomotor e triciclo | 2.018 | 8,4 | 8,0 | 8,7 |
| **Tipo do acidente** | | | | |
| Atropelamento | 1.293 | 5,4 | 5,1 | 5,7 |
| Capotamento e tombamento | 3.246 | 13,5 | 13,0 | 13,9 |
| Colisões e engavetamento | 13.128 | 54,5 | 53,8 | 55,1 |
| Colisão contra objeto fixo | 1.858 | 7,7 | 7,4 | 8,1 |
| Outros | 4.584 | 19,0 | 18,5 | 19,5 |
| **Fase do dia** | | | | |
| Amanhecer | 974 | 4,0 | 3,8 | 4,3 |
| Pleno dia | 15.673 | 65,0 | 64,4 | 65,6 |
| Anoitecer | 1.395 | 5,8 | 5,5 | 6,1 |
| Plena noite | 6.071 | 25,2 | 24,6 | 25,7 |
| **Dia da semana** | | | | |
| Domingo | 3.457 | 14,3 | 13,9 | 14,8 |
| Segunda-feira | 3.282 | 13,6 | 13,2 | 14,0 |
| Terça-feira | 3.307 | 13,7 | 13,3 | 14,2 |
| Quarta-feira | 3.170 | 13,2 | 12,7 | 13,6 |
| Quinta-feira | 3.402 | 14,1 | 13,7 | 14,6 |
| Sexta-feira | 3.671 | 15,2 | 14,8 | 15,7 |
| Sábado | 3.824 | 15,9 | 15,4 | 16,3 |
| **Turno** | | | | |
| Manhã | 7.669 | 31,8 | 31,2 | 32,4 |
| Tarde | 8.865 | 36,8 | 36,2 | 37,4 |
| Noite | 5.595 | 23,2 | 22,7 | 23,7 |
| Madrugada | 1.984 | 8,2 | 7,9 | 8,6 |
| | **Média** | **DP** | **IC95%**** | |
| Hora aproximada | 13 | 5,2 | 13,2 | 13,3 |

*IC95% - Intervalo de Confiança de 95% para a proporção

**IC95% - Intervalo de Confiança de 95% para a média

ISBN 978-65-86901-26-9

Quanto às variáveis relacionadas à via no momento do acidente, observou-se que o sentido da via era o crescente (53,0%), os acidentes ocorriam principalmente em vias retas (67,9%), e cuja condição meteorológica era céu claro (55,6%). Quanto às causas do acidente, a falta de atenção do condutor foi a de maior prevalência (36,9%) seguido de velocidade incompatível (13,9%) e desobediência às normas de trânsito (11,9%) (Tabela 3).

Estudo que analisou os fatores associados à letalidade dos acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras em 2016 corrobora com os dados evidenciados no presente estudo. Também evidenciou as pistas retas com maior prevalência dos acidentes. As chances de letalidade foram maiores em acidentes em curvas e em retas, em comparação com acidentes em cruzamentos (BARROSO JUNIOR; BERTHO; VEIGA, 2019).

As pistas retas podem estar relacionadas ao excesso de velocidade por parte dos condutores e associados a falta de atenção dos motoristas podendo resultar em acidentes de trânsito como evidenciado na presente pesquisa. Aproximadamente 67% dos acidentes com vítimas fatais ocorreram em zonas rurais, e 23% das mortes foram causadas por excesso de velocidade ou ultrapassagem indevida (IPEA, 2015).

Alguns fatores humanos e das vias podem ser destacados como associados aos acidentes de trânsito. O uso de álcool e o excesso de velocidade, por exemplo, também são apontados como fatores associados aos acidentes de trânsito (PAIXÃO et al., 2015) e estão relacionados a adoção de comportamentos arriscados na condução veicular.

Condutores mais velhos tendem a não assumir condutas arriscadas no trânsito como alta velocidade, uso de bebida alcoólica ou dirigindo com fagida, entretanto, problemas perceptivos e a dificuldade em julgar e responder às ações no tráfego, muitas vezes contrabalançam esse atributo. Estudo internacional mostrou que esses motoristas tinham menor probabilidade de sofrer acidentes também durante a noite ou no início da manhã, em estradas curvas, ou durante condições climáticas adversas. Os jovens assumem maiores riscos na condução de veículos além da falta de habilidade (MCGWIN; BROWN, 1999).

Além das causas relacionadas aos motoristas, outras causas são apontadas pela literatura. Estudo internacional mostrou que o motivo mais comum para os acidentes foi relatado como o péssimo estado das estradas relatando ainda impacto negativo provocado pelos acidentes sobre a economia da família e do país devido à perda de produtividade (SAPKOTA; BISTA; ADHIKARI, 2016).

Pesquisa realizada com pedestres mostrou que todos os sujeitos realizaram várias ações arriscadas incluindo comportamentos com o uso de dispositivos eletrônicos ou não utilização da faixa de pedestres. Ademais, pelo menos um quinto havia se envolvido em um acidente de trânsito como pedestre nos últimos cinco anos. Isso ocorreu devido a causas externas não relacionadas a fatores humanos ou que não puderam ser identificados (NARVÁEZ et al., 2019).

Tabela 3 – Distribuição das características das vias, condições meteorológicas e causas dos acidentes de trânsito em rodovias federais. Brasil, 2018.

| | n | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Sentido da via** | | | | |
| Decrescente | 11.325 | 47,0 | 46,4 | 47,6 |
| Crescente | 12.767 | 53,0 | 52,4 | 53,6 |
| **Traçado da via** | | | | |
| Curva | 3.819 | 18,4 | 17,9 | 19,0 |
| Desvio Temporário, retorno, rotatória | 1.407 | 6,8 | 6,5 | 7,1 |
| Interseção de vias | 1.171 | 5,7 | 5,3 | 6,0 |
| Ponte, Túnel, Viaduto | 258 | 1,2 | 1,1 | 1,4 |
| Reta | 14.079 | 67,9 | 67,3 | 68,5 |
| **Condição meteorológica** | | | | |
| Chuva | 3.247 | 13,6 | 13,2 | 14,0 |
| Céu claro | 13.266 | 55,6 | 54,9 | 56,2 |
| Garoa/chuvisco | 738 | 3,1 | 2,9 | 3,3 |
| Nevoeiro/neblina | 253 | 1,1 | 0,9 | 1,2 |
| Nublado | 3.928 | 16,5 | 16,0 | 16,9 |
| Sol | 2.413 | 10,1 | 9,7 | 10,5 |
| Vento | 33 | 0,1 | 0,1 | 0,2 |
| **Causas do acidente** | | | | |
| Ingestão de Álcool e/ou substâncias psicoativas | 1.202 | 5,0 | 4,7 | 5,3 |
| Animais na Pista | 299 | 1,2 | 1,1 | 1,4 |
| Objeto estático | 160 | 0,7 | 0,6 | 0,8 |
| Falta de Atenção à Condução | 8.898 | 36,9 | 36,3 | 37,5 |
| Condutor Dormindo | 963 | 4,0 | 3,8 | 4,2 |
| Mal Súbito | 397 | 1,7 | 1,5 | 1,8 |
| Falta de Atenção do Pedestre | 648 | 2,7 | 2,5 | 2,9 |
| Não guardar distância de segurança | 1.740 | 7,2 | 6,9 | 7,5 |
| Velocidade Incompatível | 3.345 | 13,9 | 13,4 | 14,3 |
| Desobediência às normas de trânsito | 2.871 | 11,9 | 11,5 | 12,3 |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | n | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| Defeito Mecânico no Veículo | 1.362 | 5,7 | 5,4 | 5,9 |
| Restrição de Visibilidade | 459 | 1,9 | 1,7 | 2,1 |
| Defeito na Via | 1.544 | 6,4 | 6,1 | 6,7 |
| Fenômenos da natureza | 172 | 0,7 | 0,6 | 0,8 |
| Agressão Externa | 53 | 0,2 | 0,2 | 0,3 |

IC95% - Intervalo de Confiança de 95% para a proporção

Os acidentes de trânsito apresentam elevado impacto sobre a morbidade e sobre a mortalidade. Mais da metade dos atendimentos realizados em um determinado hospital está voltada para as vítimas de acidentes de trânsito (HAILEMICHAEL; SULEIMAN; PAUOLOS, 2015). Além disso, os valores expressivos dos custos desses acidentes servem de alerta para toda a sociedade por causa do seu ônus gerado. Devem ser estimuladas adoção de medidas práticas e exequíveis tornando os espaços urbanos mais seguros para o deslocamento, principalmente de pedestres e de ciclistas, especialmente crianças e idosos (TISCHER, 2019).

Ações de educação em saúde para a comunidade na perspectiva de prevenção dos acidentes devem ser realizadas como por exemplo o uso adequado de calçadas pelos pedestres. Além disso, o uso de capacetes para os motociclistas é de extrema importância (HAILEMICHAEL; SULEIMAN; PAUOLOS, 2015). Esforços também devem ser somados na construção de uma infraestrutura ideal (NARVÁEZ et al., 2019).

Além dos equipamentos de segurança devem ser fortalecidas ações que inibam comportamentos perigosos como a utilização de bebida alcoólica e direção, uma vez que a utilização destes pode minimizar o tempo de atendimento entre a ocorrência e o atendimento em nível hospitalar (ALENCAR et al., 2020). Somado a isso, prevenção também do uso de celular ao volante também deve ser estimulada, fator que a cada ano ocasiona mais acidentes com vítimas fatais (BARROSO JUNIOR; BERTHO; VEIGA, 2019).

## Considerações finais

Os acidentes de trânsito ocorridos em rodovias federais entre os idosos no Brasil evidenciados no presente estudo trazem pontos que convergem com a literatura já discutida. Contudo traz também apontamentos importantes que fornecem subsídios para construção de propostas de prevenção. Os homens e idosos mais jovens, na condição de condutores e acidentes com vítimas feridas

prevaleceram. Destacaram-se os automóveis e os acidentes ocorridos principalmente nos finais de semana, em pleno dia, em via reta, e mecanismo de colisão ou engavetamento como o tipo de acidente. A principal causa do acidente descrita foi a falta de atenção à condução veicular. Esses resultados reforçam a necessidade de adoção de medidas de prevenção e fiscalização, mas ao mesmo tempo chamam a atenção para os cuidados no momento da condução uma vez que a falta de atenção ou distração pode causar acidentes que podem ser fatais. Sendo assim, são medidas que podem contribuir para redução desses índices. Os resultados apresentados não trazem inferência estatística, apresentando apenas resultados que têm a finalidade de descrever.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ADEGOKE, O.; AJULUCHUKWU, J. N. Demographic Characteristics and Causes of Death for Persons Brought in Dead to Emergency Department of a Tertiary Health Facility in South - West Nigeria. **Niger Postgrad Med J**, v. 26, p. 45–52, 2019.

ALENCAR, N. M. et al. Trajectory of the Victims of Overland Transport Accidents : From Prehospital to Hospital Care. **Sage Open Nursing**, v. 6, p. 1–7, 2020.

BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010 : muitas mudanças e poucos resultados. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 949–963, 2011.

BARROS, C. DE S. E et al. Caracterização dos acidentes de transporte terrestre ocorridos em rodovias federais. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 25, n. 1, p. 35–40, 2018.

BARROSO JUNIOR, G. T.; BERTHO, A. C. S.; VEIGA, A. DE C. A Letalidade Dos Acidentes De Trânsito Nas Rodovias Federais Brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 36, n. e0074, p. 1–22, 2019.

BASTOS, Y. G. L.; ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. Características dos acidentes de trânsito e das vítimas atendidas em serviço pré-hospitalar em cidade do Sul do Brasil , 1997 / 2000. **Cad Saude Publica**, v. 21, n. 3, p. 815–822, 2005.

BRASIL, M. DA S. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2076.pdf>

CABRAL, A. P. DE S.; SOUZA, W. V. DE; LIMA, M. L. C. DE. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência : Um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 3–14, 2011.

CAMARGO, F. C.; IWAMOTO, H. H. Vítimas fatais e anos de vida perdidos por acidentes de trânsito em minas gerais, Brasil. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 1, p. 141–146, 2012. ETEHAD, H. et al. Impact of road traffic accidents on the elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 61, n. 3, p. 489–493, 2015.

FREITAS, M. G. DE et al. Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 701– 712, 2015.

GHAFFARI-FAM, S. et al. The Epidemiological Characteristics of Motorcyclists Associated Injuries in Road Traffics Accidents; A Hospital-Based Study. **Bull Emerg Trauma**, v. 4, n. 4, p. 223–229, 2016.

HAILEMICHAEL, F.; SULEIMAN, M.; PAUOLOS, W. Magnitude and outcomes of road traffic accidents at Hospitals in Wolaita Zone , SNNPR , Ethiopia. **BMC Research Notes**, v. 8, n. 135, p. 1–5, 2015.

HSIEH, C. et al. Motorcycle-related hospitalizations of the elderly. **Biomedical Journal**, v. 40, n. 2, p. 121–128, 2017.

IPEA. Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras: Caracterização, tendências e custos para a sociedade. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, p. 42, 2015. KANG, Y.; CHO, N.; SON, S. Spatiotemporal characteristics of elderly population's traffic accidents in Seoul using space-time cube and space-time kernel density estimation. **PLoS ONE**, v. 13, n. 5, p. 1–17, 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003.

MALTA, D. C. et al. Lesões no trânsito e uso de equipamento de proteção na população brasileira , segundo estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 399–410, 2016.

MCGWIN, G.; BROWN, D. B. Characteristics of traffic crashes among young, middle-aged, and older drivers. **Accident Analysis and Prevention**, v. 31, n. 3, p. 181–198, 1999. MEDEIROS, A. L. DOS S.; NADANOVSKY, P. Mortes por batida de carro e moto: uma perspectiva evolucionista. **Cienc Saude Colet**, v. 21, n. 12, p. 3691–3702, 2016.

NARVÁEZ, Y. V. et al. Road risk behaviors: Pedestrian experiences. **Traffic Injury Prevention**, v. 0, n. 0, p. 1–5, 2019.

NAUMANN, R. B. et al. Impact of North Carolina ' s Motorcycle Helmet Law on Hospital Admissions and Charges for Care of Traumatic Brain Injuries. **NCMJ**, v. 76, n. 2, p. 70–75, 2015.

OMS. **Seguridad de los vehículos de motor de dos y tres ruedasWHO. World Health Organization**Organización Mundial de la Salud, , 2017. Disponível em: <http://www.who.int/publications/guidelines/es/>

PAI, C. et al. Comparison of traffic-injury related hospitalisation between bicyclists and motorcyclists in Taiwan. **PLoS ONE**, v. 13, n. 1, p. 1–17, 2018.

PAIXÃO, L. M. M. M. et al. Acidentes de trânsito em Belo Horizonte: o que revelam três diferentes fontes de informações, 2008 a 2010. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 108–122, 2015.

PINTO, L. W. et al. Atendimento de urgência e emergência a pedestres lesionados no trânsito brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3673–3682, 2016.

PRF. **MPO-015: atendimento de acidentes.** Brasília: Polícia Rodoviária Federal 2015. Disponível em: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/432155/RESPOS TA_PEDIDO_MPO 015 - Atendimento de Acidentes.pdf>

RASOUL, S. et al. Epidemiological study of hospitalized road traffic injuries in Iran 2011. **Medical Journal of the Islamic Republic of Iran**, v. 32, n. 1, 2018.

RIOS, P. A. A. et al. Acidentes de trânsito com condutores de veículos: incidência e diferenciais entre motociclistas e motoristas em estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. 1–13, 2019.

SADEGHI-BAZARGANI, H.; SAMADIRAD, B.; HOSSEINPOUR-FEIZI, H. Epidemiology of Traffic Fatalities among Motorcycle Users in East Azerbaijan, Iran. **BioMed Research International**, v. 2018, p. 1–10, 2018.

SADEGHI-BAZARGANI, H.; SAMADIRAD, B.; MOSLEMI, F. A decade of road traffic fatalities among the elderly in north-West Iran. **BMC Public Health**, v. 18, n. 111, p. 1–7, 2018.

SANTOS, A. M. R. DOS et al. Traffic Accidents With Elderly People: Social and Governmental Demands and Responsibilities. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1–5, 2018.

SANTOS, A. M. R. DOS; RODRIGUES, R. A. P.; DINIZ, M. A. Trauma in the elderly caused by traffic accident: Integrative review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 162–172, 2015.

SANTOS, A. M. R. DOS; RODRIGUES, R. A. P.; DINIZ, M. A. Trauma por acidente de trânsito no idoso: Fatores de risco e consequências. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 1–10, 2017.

SAPKOTA, D.; BISTA, B.; ADHIKARI, S. R. Economic Costs Associated with Motorbike Accidents in Kathmandu, Nepal. **Frontiers in Public Health**, v. 4, n. December, p. 1–8, 2016. SEID, M. et al. Injury characteristics and outcome of road traffic accident among victims at Adult Emergency Department of Tikur Anbessa specialized hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a prospective hospital based study. **BMC Emergency Medicine**, v. 15, n. 10, p. 1–9, 2015.

SOUZA, R. K. T. DE et al. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: Aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana. **Acta Scientiarum - Health Sciences**, v. 25, n. 1, p. 19–25, 2003.

THOMPSON, J. P.; BALDOCK, M. R. J.; DUTSCHKE, K. Trends in the crash involvement of older drivers in Australia. v. 117, n. October 2017, p. 262–269, 2018.

TISCHER, V. The social and economic cost of traffic accidents with pedestrians and cyclists: Case study of Santa Catarina state, Brazil. **Urbe**, v. 11, n. e20180029, p. 1–14, 2019. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics: monitoring health for the Sustainable Development Goals.** Genebra: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2019

YADOLLAHI, M.; GHOLAMZADEH, S. Five-Year Forecasting Deaths Caused by Traffic Accidents in Fars Province of Iran. **Bulletin of Emergency and Trauma**, v. 7, n. 4, p. 373– 380, 2019.

# ESTUDO DA MORTALIDADE DE IDOSOS BRASILEIROS EM DECORRÊNCIA DO CÂNCER DE ESÔFAGO NO INTERVALO DE CINCO ANOS

Adriana Raquel Araújo Pereira Soares[1]
Maria do Carmo Guimarães Porto[2]
Steffany Larissa Galdino Galisa[3]
Fábio Rodrigo Araújo Pereira[4]

**Resumo: INTRODUÇÃO:** O câncer de esôfago (CE) é a terceira neoplasia maligna do trato gastrintestinal mais frequente na população, sendo desencadeada por fatores endógenos e ambientais. No Brasil, é a oitava mais incidente e a sexta causa de mortes mundiais. **OBJETIVO:** Avaliar o perfil de idosos que morreram no Brasil, por CE (2014-2018). **METODOLOGIA:** Estudo quantitativo da mortalidade de idosos brasileiros por câncer de esôfago, segundo o sistema de mortalidade/DATASUS (2014 a 2018). Avaliou-se os valores a nível de Brasil, p o r região e unidades da federação, sexo, escolaridade e raça dos indivíduos. Utilizou-se a estatística descritiva para expressão e análise dos dados. **RESULTADOS:** No Brasil (2014-2018) 160.355 morreram por CE, com aproximadamente 6.400 óbitos/ano, sendo o Sudeste (51,87%) e Sul (21,31%) as regiões de maior ocorrência. No Nordeste (25.667 óbitos) a Bahia (6.722), Pernambuco (5.924) e Ceará (4.884), foram, respectivamente, os estados com maiores números. A Paraíba concentrou apenas 4,87% dos óbitos. Identificou-se 55% (88.588) das mortes entre homens e 45% (71.767) entre mulheres. Idosos com baixa nível educacional (ensino fundamental completo ou incompleto) foram a óbito em maior proporção (58,02%),

1 Enfermeira/Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, dinha_raquel@hotmail.com;

2 Farmacêutica Bioquímica/Graduanda em Medicina pela UniFIP- Patos/PB, mariaporto.med1@gmail.com;

3 Bióloga/Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, steffanyl39@gmail.com;

4 Orientador/Doutorando em Agronomia pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, fabiorodrigopereira@hotmail.com.

quando comparados com aqueles sem escolaridade (15,61%) e com os idosos de maior nível educacional (26,37%). Na avaliação da raça/cor, observou-se predominância entre brancos (63,30%), seguido por pardos (28,62%) e pretos (6,83%), respectivamente. **CONCLUSÃO:** Medidas e mudanças de hábitos, ações multidisciplinares, e o fortalecimento do setor de saúde brasileiro deve ocorrer para favorecer a prevenção, diagnóstico e tratamento do CE no país, minimizando a mortalidade em decorrência dessa doença.

**Palavras-chave:** Neoplasia de esôfago, Óbitos, Fatores de risco.

## Introdução

O câncer é uma doença crônica caracterizada pelo crescimento descontrolado das células, que de forma agressiva permite a formação de tumores (INCA, 2018). O desenvolvimento das formas mais comuns dessa patologia resulta de uma interação entre fatores endógenos e ambientais. É uma doença que afeta 14,1 milhões de pessoas no mundo, com uma mortalidade de 8,2 milhões (FERLAY et al., 2015). Estima-se que até 2030 tenha-se 27 milhões de novos casos, com uma mortalidade de 17 milhões de pessoas (WHO, 2016).

Dentre os aproximados 200 tipos de neoplasias, o câncer de esôfago (CE) é o terceiro tumor maligno que afeta mais frequentemente o trato gastrintestinal (CRUZ et al., 2018; PINTO et al., 2007), desenvolvendo-se nas camadas internas da mucosa do esôfago. De acordo com Roa et al. (2020) e Fei e Bosco (2015), no mundo, o CE ocupa a sexta posição em mortalidade e a oitava em incidência. No Brasil, é a sexta neoplasia mais incidente entre os homens (INCA, 2020).

O risco de desenvolvimento do CE aumenta com a idade, no entanto, afeta três a quatro vezes mais homens após os 50 anos quando comparados com os casos em mulheres (OLIVEIRA-BORGES et al., 2015).

O CE pode ser classificado em carcinoma epidermóide (CCE) e/ou adenocarcinoma (AC), sendo esse último predominante em mais de 80% dos casos (HAMILTON, 2000). O CCE associado ao tabaco, abuso de álcool, ingestão de medicamentos e deficiência de micronutrientes, enquanto o AC é associado ao esôfago de Barret (ARANTES; ESPINOZA-RÍOS, 2018). A etiologia dessa neoplasia envolve múltiplos fatores de risco, tais como idade, etilismo, tabagismo, deficiências de vitaminas e minerais e afecções, como megaesôfago e esôfago de Barret (RUIVO et al., 2017; DANI, 1998).

Pacientes com câncer de esôfago muitas vezes não apresentam sintomas ou apresentam poucos sintomas, sendo a disfagia, o principal (SANTOS et al., 2019), porém, essa característica não ocorre até que o tumor tenha crescido o suficiente para obstruir a passagem do alimento pela região esofágica. Além desse sintoma, outros podem surgir, como desconforto retroesternal, sensação de corpo estranho no esôfago proximal, dor epigástrica, anorexia, náuseas, perda sanguínea e emagrecimento sem causa aparente (WARKEN; DAL BOSCO, 2014; QUEIROGA; PERNAMBUCO, 2006).

ISBN 978-65-86901-26-9

Philippi e Aquino (2009) ressaltam que com o aparecimento dos sintomas, mudanças na alimentação, consistência da dieta, fracionamento e adequação da temperatura alimentar, além do uso de suplementação e de terapia nutricional enteral ou parenteral devem ser adotas. Além da identificação desses sintomas, o diagnóstico do CE, que geralmente é tardio (VELLA; HITIER; BABIN,2018) favorecendo a mortalidade, pode ser feito com exames radiológicos, esofagoscopia e a biópsia, sendo ultrassonografia endoscópica, tomografia computadorizada e ressonância magnética usadas para determinação do estadiamento tumoral.

O tratamento do câncer de esôfago consiste em quimioterapia, radioterapia e cirurgia, porém, nenhum dos três tratamentos isoladamente é eficaz. Em virtude do diagnóstico tardio, a maioria dos pacientes já apresentam invasão tumoral local ou metástase em outros órgãos e já não são mais passíveis de um tratamento curativo, apenas de cuidados paliativos (VINHAES, 2003). A sobrevida em cinco anos é baixa, geralmente inferior a 10%. Por se tratar de um câncer de prognóstico ruim, as taxas de mortalidade aproximam-se das taxas de incidência (INCA, 2014).

Nesse sentido, esse estudo teve como objetivo avaliar o perfil de idosos que foram a óbito no Brasil, por câncer de esôfago no período de 2014 a 2018.

## Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo a partir de dados oriundos do sistema de mortalidade (SIM) do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Ministério da Saúde do Brasil.

Considerou-se as neoplasias de órgãos digestivos, cuja causa morte foi especificamente a neoplasia de esôfago, com análise dos óbitos de brasileiros de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, ocorridos nos hospitais do país entre os anos de 2014 a 2018. De acordo com o ano dos óbitos, verificou-se os valores a nível de Brasil, região e unidades da federação, avaliando-se as variáveis sexo, escolaridade (analfabetos; com baixa escolaridade (ensino fundamental completo ou incompleto) e alta escolaridade (ensino médio ou superior, completo ou incompleto) e raça/cor dos indivíduos.

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel (Microsoft Office®, EUA, 2010), e expressos com emprego de estatística descritiva por meio de medidas de posição (média) e frequência absoluta e relativa.

Por se tratar de um banco de dados de domínio público, não foi necessário submeter o trabalho ao Comitê de Ética em Pesquisa, devido a Resolução 510/2016.

## Resultados e discussão

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), cerca de 8,8 milhões de pessoas morrem anualmente em decorrência de câncer. Ao se tratar do câncer de esôfago, a mortalidade no Brasil chegou em 2017 a 8.554 óbitos, sendo 6.647 homens e 1.907 mulheres (BRASIL, 2020).

Nesse estudo, verificou-se que em cinco anos 160.355 idosos brasileiros (60 anos ou mais) foram a óbito em decorrência do CE no Brasil, com aproximadamente 6.400 óbitos/ano (TABELA 1). Esses valores corroboram com os dados do Inca (2018) que relatara para o Brasil, mais de 7 mil óbitos por essa neoplasia anualmente. Baú e Huth (2011) ressaltam que essa patologia é mais incidente entre indivíduos de idade avançada e que esse câncer tem relação com o excesso de álcool e com o hábito de fumar, práticas bastante frequentes na população brasileira.

No período de 2014 até 2018, houve em média um aumento de 322 óbitos por ano, podendo-se relacionar esse fato com o crescimento da incidência dessa neoplasia no país. Ainda observou-se nesse mesmo intervalo de tempo, que a região Sudeste foi a que concentrou maior número de casos, chegando a atingir 51,87% (83.174), seguido da região Sul com 21,31% (34.164), de todas as mortes registradas. De acordo com Inca (2020) só para esse ano são estimados 5880 novos casos de CE para o Sudeste e 3040 para o Sul.

Os números obtidos, certamente podem estar associados aos diversos fatores de riscos, como o processo de industrialização (contato com carcinógenos), etilismo crônico, tabagismo e consumo de alimentos rápidos, como é destacado por Bezerra et al. (2013). De acordo Ambrosi e colaboradores (2011), uma alimentação inadequada influencia diretamente no desenvolvimento de tumores, contribuindo com cerca de 35% da incidência de óbitos por neoplasias atribuídas a fatores ambientais.

Krauspenhar (2019), evidencia a relação do preparo e o consumo dos alimentos em altas temperaturas como hábito cultural do estado. Isso pode ser definido como um importante fator de risco desenvolvimento de neoplasias, bem como o consumo de churrascos (GUERRA; GALLO; MENDONÇA, 2005), adição excessiva de sal nos alimentos e vegetais em conserva (contendo

compostos nitrosos). Na região Sul, o mate consumido tradicionalmente também contribui para aumento do risco de câncer de esôfago, seja pela elevada temperatura (64,4ºC) na hora da ingestão, seja pela presença de substâncias carcinogênicas presentes no próprio chimarrão (RANGEL et al., 2016; JOTZ et al., 2006; BARROS et al., 2000).

Além desses aspectos culturais, os valores observados nesse estudo podem ter relação com a densidade demográfica concentrada nessas regiões, aliada a uma maior concentração de idosos na faixa etária analisada.

Tabela 1. Ocorrência de óbitos de idosos por CE no Brasil (2014-2018).

| **REGIÃO/ANO** | **2014** | **2015** | **2016** | **2017** | **2018** | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 1.315 | 1.331 | 1.550 | 1.628 | 1.610 | 7.434 |
| Nordeste | 4.493 | 4.815 | 5.129 | 5.444 | 5.786 | 25.667 |
| Sudeste | 15.138 | 15.737 | 16.527 | 17.353 | 18.419 | 83.174 |
| Sul | 6.288 | 6.564 | 6.814 | 7.131 | 7.367 | 34.164 |
| Centro-Oeste | 1.768 | 1.803 | 1.943 | 2.153 | 2.249 | 9.916 |
| **MÉDIA ANUAL** | 5.800 | 6.050 | 6.393 | 6.742 | 7.086 | |
| **TOTAL** | 29.002 | 30.250 | 31.963 | 33.709 | 35.431 | 160.355 |

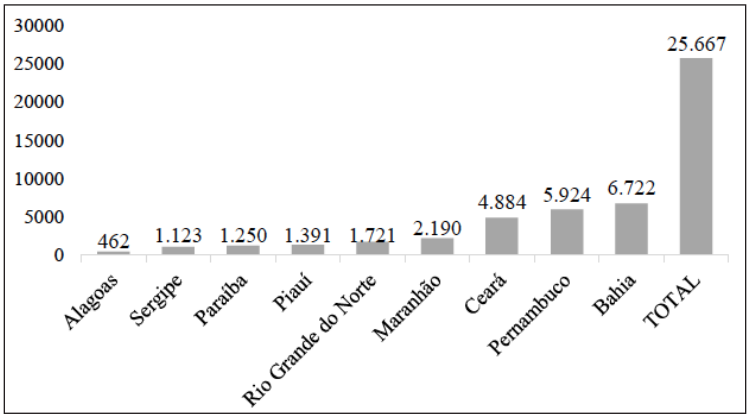
Ao tratar dos dados para região Nordeste do país (Figura 1), observou-se 25.667 óbitos distribuídos nos nove estados entre 2014 e 2018. Bahia, Pernambuco e Ceará, foram aqueles com maiores valores 6.722; 5.924 e 4.884, respectivamente. Só o estado baiano correspondeu a 26,19% dos casos do nordeste. Esse resultado também pode estar agregado às questões culturais da região. Nesse estado, é bastante comum o emprego de especiarias como a pimenta (*Capsicum)* nos hábitos alimentares da cultura baiana (LODY, 2015).

A capsaicina presente nessas pimentas é uma substância que irrita a mucosa, elevando a secreção ácida e a perda de potássio. Logo, a ingesta habitual deste alimento constitui um fator de risco importante para a neoplasia, por ter ação agressiva sobre a mucosa esofágica (DDINE et al., 2012).

A Paraíba apresentou apenas 4,87% dos óbitos em idosos registrados no nordeste para o período estudado, no entanto, observou-se que a cada ano os índices vem aumentando, sendo necessário que haja maior disseminação de informações quanto aos mecanismos preventivos e de diagnóstico precoce da patologia no estado. Dos estados nordestinos, Alagoas foi o que apresentou menor número de óbitos com 1,8% ou 462 mortes no período avaliado.

ISBN 978-65-86901-26-9

Figura 1. Óbitos de idosos por CE nos estados nordestino no período de 2014 a 2018.



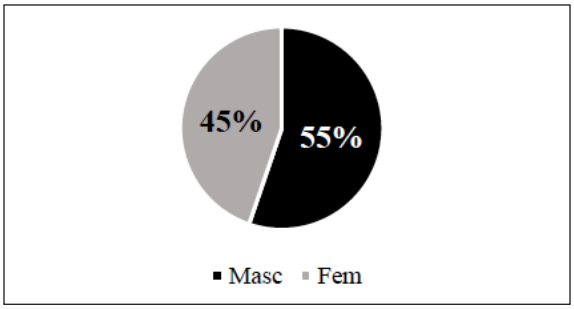

Quando se avaliou os óbitos dos idosos por sexo (Figura 2), identificou-se que 55% (88.588) das mortes ocorridas no Brasil, se deu entre os indivíduos do sexo masculino e 45% (71.767) entre indivíduos do sexo feminino, semelhante ao que foi verificado por Guerra et al. (2017) que observou maior mortalidade por CE entre os homens brasileiros. Para Braga, Dutra e Oliveira (2011) as taxas brutas de mortalidade por neoplasia de esôfago atingem mais efetivamente os homens.

Neves et al. (2017) ao avaliar o panorama dos casos de câncer no hospital geral público de Palmas (TO), apontou que 67,16% dos pacientes internados com câncer de esôfago eram homens. Outra pesquisa, clinico-patológica de CE, realizada por Estopiñán et al. (2019) em um hospital universitário de Cuba, também observou que havia um predomínio da doença entre os homens (88.1%), semelhante ao que foi obserdado por Moral et al. (2018) em seu estudo sobre complicações pós-operatórias e taxa de sobrevivência de câncer de esôfago, no qual, dos 318 pacientes avaliados 92,5% ou 294 eram do sexo masculino.

Melo, Nunes e Leite (2012) mostram ainda, em um estudo de revisão sobre a relação entre fatores alimentares e antropométricos e neoplasias do trato gastrointestinal no Brasil, que o câncer da cavidade oral, de esôfago e gástrico são mais incidentes na população masculina. Como grande parte dos homens não fazem associação do alimentos com os fatores de risco para determinadas patologias, a elevação da incidência do CE na população pode ter uma relação estreita com essa caracteristica masculina, contribuindo então, para maior mortalidade entre eles quando se compara com as mulheres. Além

disso, estas buscam com maior intesidade os serviços de saúde e estão mais atentas às alterações nos seus sistemas corporais.

Figura 2. Percentual de óbitos por CE de acordo com o sexo dos brasileiros (2014-2018).




No que se refere à escolaridade (Figura 3), viu-se que os idosos com baixa nível educacional (ensino fundamental completo ou incompleto) foram a óbito por CE em maior proporção (58,02%), quando comparados com os que tinham maior nível (26,37%), ou seja, aqueles que possuíam ensino médio e/ou superior completos ou não. Isso demonstra que provavemente, durante o processo de aprendizagem, o conhecimento adquirido no período estudado, não influenciou para a importância de se buscar reconhecer os fatores de risco para as doenças, bem como, os mecanismos de diagnóstico e tratamento precoces, com o intuito de proporcionar melhor expectativa de vida das pessoas afetadas. Na pesquisa realizada por Silva, Freire e Pereira (2016) eles enfatizam que há um considerável diferencial de mortalidade por grau de escolaridade.

Embora o CE seja uma neoplasia cujo diagnóstico é geralmente tardio, o conhecimento quanto à sua severidade, diagnóstico mais inicial e o seu tratamento imediato, podem favorecer o prognóstico, longevidade e bem estar dos pacientes.

Vieira e colaboradores (2012), reforçam ainda que há uma associação entre o conhecimento em relação a doença e o nível de escolaridade. Além disso, Malta et al. (2017) enfatizam que a educação favorece o acesso a maiores cuidados e a mais informações sobre como prevenir e tratar determinadas doenças, contribuindo para o aumento da expectativa de vida do indivíduo.

Em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, Eberhardt (2015), relatou que 80,4% dos pacientes em tratamento de câncer de estômago e esôfago apresentavam baixa escolaridade, com ensino fundamental incompleto.

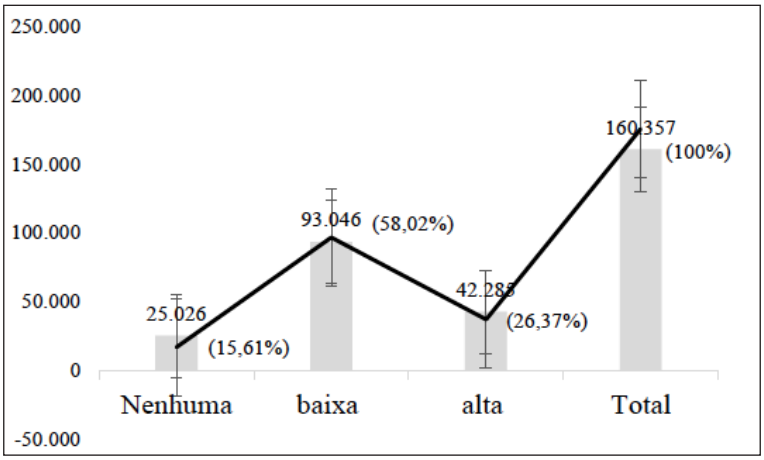
Outros estudos sobre neoplasias demonstraram que há maior incidência de câncer, menor conhecimento da patologia e maior prevalencia de óbitos entre indivíduos com baixa escolaridade (LIMA; IRIGARAY, 2019; RÊGO et al., 2015; PIANTINO et al., 2014; NEVES et al.,2013).

Em contrapartida, no estudo realizado por Mendes et al. (2018), a respeito da sobrevida de pacientes com câncer do trato gastrointestinal em uma cidade de Minas Gerais, foi visto que pacientes com maior tempo de sobrevida apresentavam escolaridade mais elevada. Souza et al. (2011) em seu trabalho de câncer de próstata realizado no Rio Grande do Sul, observaram que entre os homens com escolaridade de 12 anos ou mais, havia uma predominância da realização frequente de exames preventivos, evidenciando que a escolaridade está associada à uma maior consciência sobre a saúde.

Menezes et al. (2013), em um estudo com homens no município de Assis (SP), sobre câncer de próstata, observaram ao que a escolaridade tinha influencia sobre o conhecimento da doença, já que os indivíduos que possuíam apenas ensino fundamental tinham menos conhecimentos quanto aos sinais e sintomas quando comparados com aqueles que tinham estudado até o ensino médio ou superior.

Sendo assim, pode-se dizer que o conhecimento dos indivíduos pode contribuir para realização de exames preventivos, diagnósticos precoce e reduação da letalidade por câncer de esofago no Brasil.

Figura 3. Mortalidade de brasileiros idosos por câncer de esôfago, de acordo com escolaridade, entre os anos 2014 e 2018.

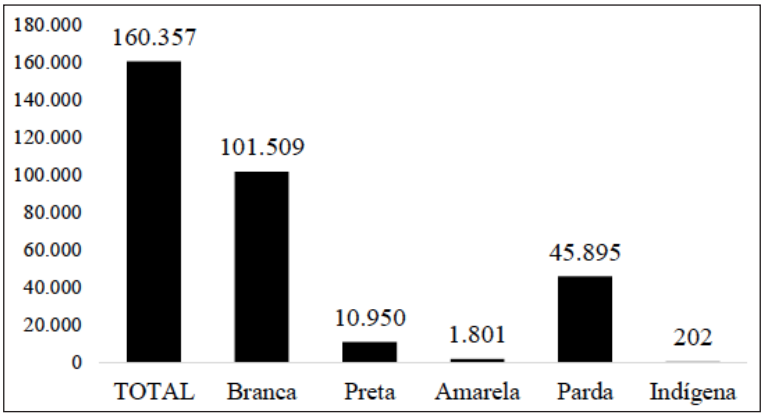



Nenhuma (sem escolaridade); Baixa (com ensino fundamental completo ou incompleto); Alta (com ensino médio e/ou superior completo ou incompleto).

ISBN 978-65-86901-26-9

Ao se avaliar a raça/cor dos pacientes idosos que foram a óbito por CE (Figura 4), viu-se que houve predominância entre brancos (63,30%), seguido por pardos (28,62%) e pretos (6,83%), respectivamente. Porém, é importante destacar que para essa variável, de forma geral, ainda existe falta de concordância de conceitos e definições das categorias, além de que, não há uma padronização por parte da comunidade científica, nem tampouco o seu compartilhamento, o que dificulta a análise desse fator (MAIO et al., 2005).

Figura 4. Avaliação dos óbitos de idosos por CE em hospitais brasileiros a partir da raça/cor.




É válido salientar que, além das questões culturais, de escolaridade e da raça, os valores encontrados podem estar ligados às questões de acessibilidade ao diagnóstico e tratamento da doença pela população. Rêgo e Fonseca (2014) ressaltam também, que há pouco investimento dos setores públicos na compra de equipamentos especializados e formação de recursos humanos, principalmente voltados à assistência pública. Logo, isso pode favorecer a manutenção dos altos valores dos óbitos por esse tipo de neoplasia.

## Considerações finais

O conhecimento da população quanto à severidade do câncer de esôfago, dos fatores de risco, da prevenção, do diagnóstico e tratamento, é um fator fundamental para combater a doença e reduzir suas taxas de mortalidade no Brasil. No entanto, é necessário que se tenha o desenvolvimento de medidas por parte do setor público, agregado à concientização individual, a fim de que aconteçam mudanças de hábitos (especialmente alimentares) na promoção da

ISBN 978-65-86901-26-9

saúde do trato gastrointestinal, prevenindo assim o aumento dos casos dessa neoplasia no país.

Como a escolaridade se mostrou determinante no número de óbitos por câncer esofágico no país, ações multidisciplinares por parte de profissionais de saúde, a exemplo de nutricionistas, enfermeiros, médicos, entre outros, devem acontecer nos vários âmbitos do conhecimento, afim de agregar valores quanto ao diagnóstico e tratamento precoces da doença, principalmente quando se refere aos indivíduos do sexo masculino, que são os mais afetados.

Também é importante o fortalecimento de unidades básicas de saúde e de pronto atendimento, quanto a disponibilidade de profissionais especializados de forma mais efetiva e equipamentos que favoreçam o diagnóstico ou pré-diagnóstico do CE, evitando o prolongamento extensivo nos atendimentos nos hospitais regionais, ou mesmo o diagnóstico tardio dessa patologia.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AMBROSI, C.; DI PIETRO, P. F.; ROCKENBACH, G.; VIEIRA, F.G.K.; GALVAN, D.; CRIPPA, C. G.; FAUSTO, M. A. Fatores que influenciam o consumo energético de mulheres no tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 33,n.8, p. 207-13. 2011.

ANDRADE, A. M. L. C.; ALENCAR, A. M. C.; DUARTE, A. V.; ALVES, B. T.; LIRA, E. de M.; AGUILERA K. C.; QUIDUTE, P. S. L. Perfil epidemiológico do câncer de esôfago no Brasil: um estudo descritivo. **Revista multidisciplinar e de psicologia**. Juazeiro do Norte (CE), v. 12, n. 40, 2018.

ARANTES, V.; ESPINOZA-RÍOS, J. Manejo del carcinoma de células escamosas de sófagoprecoces a través de la disección endoscópica submucosa. **Revista de Gastroenterología de México**. v. 83, n.3, p. 259-267, 2018.

BARROS, S. G. S.; GHISOLFI, E. S.; LUZ, L. P.; BARLEM, G. G.; VIDAL, R. M.; WOLFF, F. H.; MAGNO, V. A.; BREYER, H. P.; DIETZ, J.; GRÜBER, A. C.; KRUEL, C. D. P.; PROLLA, J.C. Mate (chimarrão) é consumido em alta temperatura por população sob risco para o carcinoma epidermóide de esôfago. **Revista Arquivos de Gastroenterologia**. São Paulo. v. 37, n.1, 2000.

BAÚ F. C.; HUTH A. Fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento do câncer gástrico e de esôfago. **Revista Contexto & Saúde.** v.21, n.11, p. 16-24, 2011.

BEZERRA, I. N.; SOUZA, A. M.; PEREIRA, R. A.; SICHIERI, R. Consumo de alimentos fora do domicílio. **Revista Saúde Pública**. v. 47, 2013.

BRAGA, R. O. B.; DUTRA, D. A.; OLIVEIRA, M. C.M. Incidência Geopatológica de Neoplasia no Brasil. **Revista inspirar movimento & saúde**. v. 3, n. 5, 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação de saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def >. Acesso em: 26. jun. 2020.

CAMPANELLA, L.C.A.; SILVEIRA, B.M.; NETO, O.R.; SILVA, A. A. Terapia nutricional enteral: a dieta prescrita é realmente infundida? **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. v.23, n; 1, 2008.

DANI, R. Gastroenterologia Essencial. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan.** 1998.793p.

DDINE, L. C.; DDINE, C. C.; RODRIGUES, C. C. R.; KIRSTEN, V. R.; COLPO, E. Fatores associados com a gastrite crônica em pacientes com presença ou ausência do helicobacter pylori. **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva.** v. 25, n. 2, p. 96-100, 2012.

EBERHARDT, A. C.; ROSANELLI, C. L. S. P.; BERLEZI, E. M.; KOLANKIEWICZ, A. B.; LORO, M. M.; LINS, S. L. B. Perfil e qualidade de vida de pacientes com câncer de esôfago e de estômago. **Rev enferm UFPE on line**.v.9, n. 12, p. 1214-22, 2015.

ESTOPIÑÁN, S. C.; GARCÍA R A.; LLUFRIO, P. D.V.; HÉCTOR, M.V.; DÍAZ, D. R. Caracterización clínico-patológica del cáncer esofágico avanzado en el Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez**. Rev. Med. Electrón.** Matanzas. v.41 n.2, 2019.

FEIL, C. C.; DAL BOSCO, S. M. Câncer de esôfago e desnutrição: Estudo de caso. **Revista Destaques Acadêmicos**. v. 7, n. 3, 2015.

FERLAY J, et al. Cancer Incidence And Mortality Worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012**. Int J Cancer**. v. 136, n. 5, p. 59-86.

GUERRA M. R.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA M, T.; CORRÊA, C. S. L.; ABREU, D. M. X.; CURADO, M, P.; MOONEY, M.; NAGHAVI, M.; TEIXEIRA, R.; FRANÇA, E. B.; MALTA, D. C. Magnitude e variação da carga da mortalidade por câncer no Brasil e Unidades da Federação, 1990 e 2015. **Rev Brasileira de epidemiologia**. v. 20 n. 1, p. 102-117, 2017.

GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v.51, n,3, p.227-234, 2005.

HAMILTON, S.R. Pathology and Genetics of Tumours of the Digestive System. In: World Health Organization Classification of Tumors. **Pathology & Genetics**. Lyon: IARC Press, 2000.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf >. Acesso em: 27. jun. 2020. Rio de Janeiro: **INCA**, 2020.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). Tipos de câncer. Sintomas. Rio de Janeiro (RJ): **INCA,** 2018.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (BRASIL). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): **INCA**, 2014.

JOTZ G. P.; MENEZES H. S.; ZETTLER C. G.; ALVES R. J.V.; CHACUR R.; BUZZATTI C.; OLIVEIRA M. D.; MONTES T. H. M.; HÜBNER, M.; ZETTLER, E. W. Estudo Experimental da Erva Mate (*Ílex Paraguariensis*) como Agente Etiológico de Neoplasia do Trato Aérodigestivo. **Arq. Int. Otorrinolaringol**, São Paulo, 2006.

KRAUSPENHAR, R.H. Mortalidade de idosos por neoplasia maligna de esôfago no Brasil, 1996 a 2016 [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: **Centro Universitário de Brasília**, 2019.

LIMA, M.; IRIGARAY, T. Lócus de controle, escolaridade e conhecimento sobre a doença em pacientes oncológicos. **Psicologia, Saúde & Doenças.** v.20, n.3, p.659-669, 2019.

LODY, R. As castas de pimentas na Bahia. **SENAC Bahia**. 2015.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S. Cor/raça no Estudo Pró-Saúde: resultados comparativos de dois métodos de autoclassificação no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 21, n.1, 2005.

MALTA D. C.; TOMIE, R.; BERNAL, I.; LIMA, M. G.; ARAÚJO, S. S.C.; SILVA, M. M. A.; FREITAS, M. I. F.; BARROS, M. B. A. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v.51, n. 01, 2017.

MELO, M.M.; NUNES, L.C.; LEITE, I.C.G. Relação entre Fatores Alimentares e Antropométricos e Neoplasias do Trato Gastrointestinal: Investigações Conduzidas no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.58, n.1, p.85-95, 2012.

MENDES, A. A. R.; SANTOS, F. C. T. S.; ASSIS, M. O.; MONTEIRO, R.; GARCIA JUNIOR, S. S.; NEVES, W. S.; SILVA, M. H.S.; PAULA, A. J.F.; PUJATTI, P. B. Avaliação da sobrevida de pacientes com câncer do trato gastrointestinal em uma cidade do interior de Minas Gerais. **Rev Med.** Minas Gerais; v. 28, n. 4, 2018.

MENEZES, L. N.; FERNANDO, R. P.; FERNANDO, M. C. S.P.; GARCIA, P. N.; MENEZES, E. C. A. Conhecimento dos homens com idade acima de 40 anos sobre o câncer de próstata, frequentadores de um ambulatório de especialidade médica. Revista Hórus. v. 8, n. 2, p. 11-20, 2013.

MORAL, G. I. M.; MIGUEL, M.V.; DOCE, O. V.; CASTRO, R. M.; LOPEZ, R, P.; LUQUERO, A. P.; DIEZ, M. J. C.; PEDRIQUE, I. S.; GONZALEZ, J. S.; PALACIOS, J. Z. Postoperative Complications and Survival Rate of Esophageal Cancer: Two-period Analysis. **Cirugia espanola**. v. 9 6, n. 8, p. 4 7 3 – 4 8 1, 2 0 1 8.

NEVES, J..L.; SCHWARTZ, E.; ZILLMER, J. G. V.; LIMA, L. M.; FEIJÓ, A. M.; SANTOS, B. P. Câncer de próstata: caracterização dos usuários de um serviço de oncologia. **Revista de Enfermagem UFPE online.** Recife. v. 7, n. 1, p. 6360-7, 2013.

NEVES R. R.; FERNANDES N. M.; MARTINS, F. R.; RODRIGUES JUNIOR, C. A.; DIAS F. C. F.; CUELLAR, P. M. G. Panorama dos casos de câncer atendidos no hospital geral público de Palmas, Tocantins, Brasil. **Revista de Patologia do Tocantins**. v. 4 n. 3, p. 22-26, 2017.

OLIVEIRA-BORGES, E. C.; SILVA A. F.; GRAÇAS, A. M.; MELO, F.F. S.; BARCELOS, A. A.; MYIATA, S. O câncer de esôfago: uma revisão. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações. v. 13, n. 1, **2015.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Situação do câncer no mundo. Brasil. 2017. Disponível em:< https://nacoesunidas.org/oms-cancer-mata-88-milhoes-de-pessoas-anualmente-no-mundo/>. Acesso em: 14. Jul. 2020.

PHILIPPI, S. T.; AQUINO, R. C. Nutrição Clínica: estudos de casos comentados. São Paulo: **Manole.** 2009.

PIANTINO, C. B.; RIBEIRO, M. C.; MORAIS, P. D. G.; RABELO, N. F.; SOUZA, BELUOMINI, F. A. I. P.; PIMENTA, R. C. A.; MOURA, J. P. Perfil clínico-epidemiológico do câncer de próstata em um hospital de referência em Passos, Minas Gerais. **Ciência et Praxis**. v. 7, n. 14, 2014.

PINTO, C. E.; DIAS, J.A.; SÁ, E. A. M.; TSUNODA, A. T.; PINHEIRO, R. N. Tratamento cirúrgico do câncer de esôfago. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.53, n. 4. 2007.

QUEIROGA, R.C.; PERNAMBUCO, A.P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 52, n. 2, p.173-178, 2006.

RANGEL, C. N.; MOREIRA, L. G. M.; MALHÃO, T. A.; M. E. L. DIOGENES. Considerações sobre a relação entre o consumo de bebidas muito quentes e câncer: café e chá-mate em foco. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 62, n. 2, 2016.

RÊGO, M.A.V; FONSECA, A.M. Tendência da Mortalidade por Câncer de Esôfago na Cidade de Salvador e no Estado da Bahia, Brasil, 1980 a 2012. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 60, n. 1, p. 25-33. 2014.

RÊGO, M. B. A.; RÊGO A. S.; RODRIGUES, L. S., COSTA, L. C., SOUSA, A. C. V., MENDES, M.N., LISBOA, L. A. S., BATISTA, R. F. L. Tendência de óbitos por câncer de mama no estado do Maranhão. **Revista de Pesquisa em Saúde.** v. 16, n. 2, 2015.

ROA, A. J. M.; GALVÁN, A. D.;MERELES, L. M.; GARBINI, S. D. M.; FRANCO, B. M. R.; RODRIGUES, B. B. B. Prevalencia del Cáncer de Esófago y su tratamiento Quirúrgico en un Hospital de alta complejidad durante el periodo enero 2016- diciembre 2018. **Cir. parag**. v. 44, n. 1, 2020.

RUIVO, E. A. B.; MELLO, J. R. C.; CAVENAGHI, O. M.; FERREIRA, L. L. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com neoplasia de esôfago e estômago em um hospital escola de São José do Rio Preto, SP. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**. v. 19, n. 4, 2017.

SANTOS, L. M.; JACOMELLI A, M.; SCORDAMAGLIO, B. P. R.; CARDOSO, C, P. F. G.; FIGUEIREDO, D. V. R..Ultrassonografia endobrônquica no câncer de esôfago - quando a endoscopia digestiva alta não é suficiente. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** v.45, n. 3, 2019.

SILVA, L.E; FREIRE, F.H.M.A; PEREIRA, R.H.M. Diferenciais de mortalidade por escolaridade da população adulta brasileira, em 2010. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 32. n. 4. 2016.

SOUZA, L. M.; SILVA, M. P.; PINHEIRO. I. S. Um toque na masculinidade: a prevenção do câncer de próstata em gaúchos tradicionalistas**. Revista Gaúcha de Enfermagem.** Porto Alegre (RS). v.32, n.1, 2011.

VELLA, O.; HITIER, M.; BABIN, E. Cáncer del esófago cervical. **Elsevier**. v. 47, n 4, p. 1-18, 2018.

VIEIRA, C. G. .; ARAÚJO, W. S.; D. R. M. VARGAS. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. **Revista Científica do ITPAC**. Araguaína (TO). v.5, n.1, 2012.

VINHAES, J.C. Clínica e terapêutica cirúrgicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2003.

WARKEN A. P.; DAL BOSCO, S. M. Terapia nutricional enteral em pacientes com câncer de esôfago: relato de caso. **Revista Destaques Acadêmicos**. v. 6, n. 3, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Cancer.** 2016. Disponível em: <http://gco.iarc.fr/tomorrow/graphicisotype?type=1&population=900&mode=population&sex =0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0>. Acesso em: 27. jun. 2020.

# SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS E SUA INFLUÊNCIA NO TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

Dayenne Jeneffer Souza da Silva[1]
Mirian Celly Medeiros Miranda David[2]
Carlúcia Ithamar Fernandes Franco[3]

**Resumo:** Envelhecimento é um processo que envolve diversas alterações anatômicas e funcionais no organismo que resultam na diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida dos idosos. A atenção aos sintomas depressivos pelos profissionais da fisioterapia no cuidado a essa população é de fundamental importância uma vez que interfere no bem-estar biopsicossocial. Essa pesquisa teve como objetivo buscar na literatura quais são os sintomas depressivos encontrados em idosos e relacioná-los a sua influência no atendimento fisioterapêutico. O estudo trata-se de uma revisão narrativa, na qual foram realizadas buscas nas bases de dados *PubMed, LILACS, Cochrane e MEDLINE* durante o período entre abril e maio de 2019. Foram incluídos artigos que apresentaram amostra de idosos com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos os estudos de revisão; artigos que não abordagem o tema, estivessem repetidos; resumos ou anais de congressos. A busca resultou no total de 336 artigos, destes, foram selecionados 20 artigos. Os estudos encontrados mostraram a relação entre os aspectos sociais, o ambiente e as minorias como determinante na saúde do idoso, bem como a influência dos sintomas depressivos na somatização da dor, o agravamento do risco de quedas, o surgimento de doenças crônicas e no tratamento fisioterapêutico. Sugere-se que há necessidade do fisioterapeuta de entender que o paciente deve ser visto no

1 Fisioterapeuta pela Uniersidade Estadual da Paraíba - UEPB e Mestranda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, dayenne.jeneffer@hotmail.com;

2 Fisioterapeuta pela Uniersidade Estadual da Paraíba – UEPB e Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, miriancelly@hotmail.com;

3 Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, cithamar@yahoo.com.br;

âmbito Biopsicossocial, assim como, assumir de forma efetiva a complexidade do comportamento na sua reabilitação, devendo compreender a importância do redirecionamento dinâmico em sua conduta, procurando atender as necessidades do idoso.

**Palavras-chave:** Fisioterapia, Saúde mental, Depressão, Idosos.

## Introdução

O Envelhecimento é um processo que envolve alterações anatômicas e funcionais no organismo como a perda da visão, audição e o declínio da capacidade cognitiva. Tais alterações resultam na diminuição da funcionalidade e da qualidade de vida no idoso, ameaçando a sua independência, dificultando a execução das atividades cotidianas, o que por sua vez pode levar à frustração, baixa autoestima, reclusão e isolamento social. Além de alterar os hábitos de vida, em especial, a saúde física e mental (LIMA et al., 2016; OPAS, 2005; OLIVEIRA et al., 2017).

Associado ao envelhecimento, fatores como incapacidades físicas, problemas financeiros, falta de companhia associada ao medo, perda de laços afetivos e conjugais pode levar à depressão e maior dependência física e/ou psicossocial. Existe também a falta de empoderamento desse idoso ao assumir as adaptações oriundas da velhice e o pouco incentivo da sociedade em lhe encorajar a fazer novos projetos de vida. Bem como, o culto a superproteção lhe faz sentir, na maioria das vezes, marginalizados, inúteis e improdutivos para familiares e amigos (PENNA; DO ESPÍRITO SANTO, 2006).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2018) ressaltou que um terço do número total de incapacidades nas Américas é oriundo de transtornos mentais. Apesar desse cenário, o investimento à saúde mental representa, em média, 2% do orçamento de saúde do país e boa parte desse valor é destinado a hospitais psiquiátricos, o que contraria as recomendações da OPAS e da Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual solicitaram a implantação de serviços integrados que são mais custo-efetivos facilitando a busca e a acessibilidade ao tratamento para todas as faixas etárias.

A depressão é uma condição com curso crônico e recorrente que leva a incapacidades funcionais e sobrecarrega nos serviços de saúde, sendo subdiagnosticada e subtratada em cuidados primários (FLECK et al., 2009). Resulta da interação complexa de fatores sociais, psicológicos e biológicos. Seu diagnóstico, assim como outras condições de saúde mental, está em ascensão no mundo. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas, de todas as idades, sofram com essa condição (OPAS, 2018).

Segundo Del Porto (1999) a depressão pode manifestar-se através de vários quadros clínicos que envolvem desde transtorno pós-traumático, demências e doenças clínicas; ou por meio de respostas a situações estressantes e adversas de caráter social ou econômico. Sua sintomatologia pode

ISBN 978-65-86901-26-9

anunciar-se por meio de alterações psíquicas como o humor depressivo, redução do prazer, fadiga, diminuição de pensamentos, concentração e tomada de decisões. Também é capaz de modular a rotina do sono, do apetite, reduzir a libido sexual, e modificar o comportamento causando retraimento social, crises de choro, atitudes suicidas e oscilações psicomotoras.

Gusmão (2005) descreveu a depressão como doença homogênea, clinicamente polimorfa e etiologicamente heterogênea, de curso dinâmico e mutável, cuja distribuição é caracterizada através das diferentes formas fenotípicas que fazem fronteira com as reações emocionais adaptativas normais, divergindo pela gravidade dos sintomas e o comprometimento funcional que geram. Dois sistemas nosológicos universais são comumente usados para investigação clínica: a *International Classification of Diseases, 10ª version (ICD-10) e o World Health Organization (WHO) e a Diagnostic & Statistical Manueal of Mental Disorders, 4ª edition (DSM-IV) da American Psychiatric Association (APA).*

Da mesma forma, destacou que a depressão integra o grupo das perturbações do humor. Sendo os mais conhecidos os sintomas depressivo maior e depressivo menor, cuja caracterização, através da CID-10, é realizada pela quantidade de marcadores de gravidade, na qual envolve a existência de um conjunto de pelo menos quatro sintomas agregados em oito para a depressão maior e a presença de pelo menos dois sintomas em oito para a depressão menor com duração mínima desses sintomas por duas semanas e à presença de pelo menos dois sintomas nucleares e de mais dois sintomas acessórios (Figura 1).

**Figura 1**: **Episódio depressivo, critérios adaptados da CID-10.**

**Sintomas Nucleares**
1. Humor depressivo
2. Diminuição Marcada do interesse ou prazer
3. Diminuição de energia ou aumento da fatigabilidade

**Sintomas Acessórios**
4. Perda de confiança ou de auto-estima
5. Sentimentos de culpa inapropriada
6. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio
7. Diminuição da capacidade de concentração
8. Lentificação ou agitação psicomotora
9. Insônia ou hipersómnia
10. Ganho ou perda de apetite e peso (>5%) num mês

**Fonte:** GUSMÃO (2005. p. 17, com adaptações).

Os sintomas de um episódio depressivo maior geralmente se desenvolvem ao longo de dias ou semana, pode ser precedido por indícios de ansiedade e depressão leve, perdurando por semanas a meses, antes do início do episódio depressivo maior completo. Está associado diretamente à experiência cultural vivenciada por cada indivíduo. No idoso, as principais manifestações encontradas são de origem cognitiva, por exemplo, desorientação, perda de memória e dificuldade de concentração, o que na maioria das vezes torna difícil o diagnóstico, uma vez que apresenta similaridade com tipos de demência (APA, 1994).

Na depressão maior há uma ativação das respostas imuno inflamatórias, mediadas pela produção de citocinas pró-inflamatórias, aumento de seus receptores e elevação na concentração plasmática de proteínas de fase aguda, na qual funcionam como neuromoduladores, mediando os aspectos neuroquímicos, neuroendócrinos e comportamentais dos transtornos depressivos (VISMARI et al., 2008).

Rozenthal et al. (2004) verificaram alterações significativas em várias regiões cerebrais e conexões nas áreas associativas em pacientes deprimidos, principalmente no córtex pré-frontal, reduzindo a atividade metabólica desse território. Por outro lado, aumento da síntese de glicose na região límbica, com ênfase na amígdala. Esse hipermetabolismo da amígdala atuaria como um catalisador emocional. Da mesma forma, as perturbações cognitivas também estão associadas ao estado depressivo, reduzindo capacidades tais como: atenção, memória, velocidade de processamento, função executiva e tomada de decisão.

O estresse psicológico precede as alterações do humor e pode induzir falhas permanentes no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal superestimando a depressão. O hipocampo, por sua vez, também é vulnerável a essas alterações, uma vez que, sofre os mecanismos de neurotoxicidade induzido pelo estresse, devido a sua localização e interação com múltiplas vias que regulam a resposta a esses episódios. (LAGE et al., 2011).

No idoso, a depressão é caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento, os quais se configuram dentro de um conjunto de componentes variados onde atuam sobre os fatores genéticos, luto e abandono, doenças incapacitantes, entre outros. Ressaltando o histórico de perdas progressivas, diminuição da qualidade de vida, isolamento social, surgimento de doenças clínicas crônicas, frustração perante os anseios da vida, aposentadoria mínima e recursos de sobrevivência limitados (STELLA et al., 2002).

ISBN 978-65-86901-26-9

A identificação da depressão geriátrica é constantemente negligenciada por ser confundida como consequência normal do envelhecimento, onde a maioria das queixas não são autorrelatadas, entretanto, as queixas somáticas inespecíficas podem mascarar o diagnóstico de depressão. As condições mais identificadas estão associadas à prevalência do sexo feminino, idade, viuvez, baixa escolaridade e renda, presença de eventos estressores, baixo suporte social, presença de déficits cognitivos, doenças físicas agudas/crônicas e dores. (PINHO et al., 2009).

Em estudo de revisão, cerca de 52% de idosos depressivos chegavam ao serviço de saúde pela emergência, em sua maioria do sexo feminino predominantemente da cor branca e com idade acima de 74 anos (FERREIRA et al., 2012). O que chama atenção para a importância do acompanhamento e da assistência multiprofissional desses idosos, bem como para necessidade de descentralização de profissionais para voltar à atenção aos cuidados na promoção de saúde na atenção primária.

Wells et al. (2013) defendem um modelo colaborativo entre uma rede de assistência técnica individual e de extensão para idosos nos programas de prevenção da depressão nos setores de serviço de saúde com ênfase principal no ambiente onde o mesmo está inserido, cujo objetivo visava melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de provável transtorno depressivo, hospitalizações, com mudança do ambulatório para setores alternativos.

O fisioterapeuta, sob a Resolução nº 476, de 20 de dezembro de 2016, reconheceu a especialidade em gerontologia. Dando-lhe atribuições de forma ativa em todos os contextos de atenção à saúde do idoso como a intervenção fisioterapêutica/cinesiológico-funcional e prescrição de exames complementares. Bem como, a execução de medidas de prevenção, redução de risco, promoção de saúde, prevenção de doenças/agravos próprios do processo de envelhecimento, buscando o estado de máxima funcionalidade para esse indivíduo (CREFITO-3, 2017).

Rodrigues *et al.* (2013) relataram que as atribuições do fisioterapeuta estão voltadas principalmente nas áreas curativas e reabilitadoras. Em contrapartida, destaca que o mesmo tem a capacidade de planejar, implantar, controlar e executar políticas em saúde pública, tendo uma visão integral em todas as fases da vida do indivíduo, principalmente na saúde do idoso, atuando de forma integrada à equipe multidisciplinar; bem como, sua relevância no trabalho com a prevenção e a promoção de saúde a grupos não saudáveis e saudáveis.

ISBN 978-65-86901-26-9

Da mesma forma, nos cuidados paliativos como parte da assistência completa à saúde no tratamento a todas as doenças crônicas, inclusive em programas de atenção aos idosos junto à equipe multidisciplinar, têm a responsabilidade de promover a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida. Através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação precisa e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais, seguindo o fundamento da OMS (2007).

A atenção dos profissionais da fisioterapia aos sinais depressivos no cuidado ao idoso, com idade igual ou superior a 60 anos é de fundamental importância, uma vez que, os sintomas refletem nas emoções, sentimentos e comportamento desse indivíduo em meio à sociedade, podendo interferir no bem-estar biopsicossocial dessa população e no maior uso dos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2003). O objetivo dessa pesquisa foi buscar na literatura quais são os sintomas depressivos encontrados em idosos e relacioná-los a sua influência no atendimento fisioterapêutico.

## Metodologia

O estudo trata-se de uma revisão narrativa, na qual foram realizadas buscas nas bases de dados *PubMed, LILACS, Cochrane e MEDLINE* durante o período compreendido entre abril e maio de 2019. Foram usados os descritores: *Physical Therapy Specialty, Aged e Depression* (DeCS). Não houve restrição de idioma ou ano, bem como o tipo de metodologia empregada nos artigos encontrados. Foram incluídos artigos que apresentaram amostra de idosos com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos os estudos de revisão (integrativa, sistemática e meta-análise); que não abordagem o tema, repetidos e resumos ou anais de congressos.

**Quadro 1: Análise das Estratégias de Busca de Artigos.**

| Base de dados | Equação de busca | Total |
|---|---|---|
| ***Pubmed*** | *(Aged and Depression) and (Depression and Physical Therapy Specialty) and (Physical Therapy Specialty and aged)* | 64 |
| ***Cochrane*** | *(Aged and Depression) and (Depression and Physical Therapy Specialty) and (Physical Therapy Specialty and aged)* | 99 |
| ***LILACS*** | *Aged and Depression and Physical Therapy Specialty* | 97 |
| ***MEDLINE*** | *Ag$ and Depression and Physical Therapy Specialty* | 76 |

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Resultados e discussão

A busca resultou no total de 336 artigos (Quadro 1) que após análise foram selecionados 20 artigos. As informações obtidas dos artigos foram agrupadas nos seguintes tópicos: ASPECTOS SOCIAIS E O AMBIENTE COMO DETERMINANTES DA SAÚDE; A SAÚDE DO IDOSO E O OLHAR PARA AS MINORIAS; DOR, QUEDAS E O AGRAVAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS; FISIOTERAPIA E AS ALTERNATIVAS PARA O CONTROLE DOS SINTOMAS DEPRESSIVOS.

### Aspectos sociais e o ambiente como determinantes da saúde

Os transtornos depressivos e incapacitantes são comuns e mais graves em idosos do que em jovens (VAN ORDEN et al., 2015). Os sintomas depressivos menores são vistos como transitórios ou mais complacentes em comparação aos transtornos depressivos maiores (ALLEN et al., 2004). Além dos fatores neuropsicológicos e anatômicos que ocorrem durante o envelhecimento, a depressão também está associada ao ambiente e ao estilo de vida adotado (MORAES et al., 2011). Existe uma diferença no índice de depressão de maior gravidade, tal como maiores chances de desenvolver doenças crônicas em idosos institucionalizados e hospitalizados em comparação aos não institucionalizados (TRINDADE et al., 2013). Do mesmo modo em que idosos mais longevos têm sintomas depressivos mais acentuados do que idosos mais novos (CIECHABOWSKI et al., 2000; TIAN et al., 2012).

Aspectos sociais podem contribuir com o surgimento de sintomas depressivos em idosos, como falta de saúde física, déficits variados ou o surgimento de novas doenças físicas durante o processo de envelhecimento, ausência de apoio social, eventos emocionais estressantes como aposentadoria, morte do cônjuge, mudanças nos arranjos familiares e dificuldades financeiras (TITAN et al.,2012). O sentimento de frustração perante os anseios da vida não realizados, histórico do sujeito, perdas progressivas de laços afetivos ou da capacidade de trabalho são fatores que comprometem a qualidade de vida e predispõem o desenvolvimento da depressão (PRATA et al., 2011).

Há uma associação significativa entre o humor e o declínio das atividades de vida diária (ABVDs) em idosos que vivem em comunidade, na qual permaneceu significativa mesmo ao controlar outras variáveis como a diminuição da atividade física, redução da interação social e cronicidade do

ISBN 978-65-86901-26-9

transtorno de humor. Tanto quanto, os sintomas depressivos menores também afetam diariamente os residentes mais idosos, devido à menor independência e autonomia, resultando em uma qualidade de vida consideravelmente pior (ALLEN et al., 2004).

Foi identificada uma relação relevante entre a gravidade e a apresentação da inicial da depressão e a resistência à recuperação da função em longo prazo em idosos sob cuidados primários, bem como maior número de doenças físicas, diminuição da capacidade funcional e menor apoio familiar. Contudo, foi sugerido o fornecimento de apoio social e da religiosidade para dar maior estímulo e engajamento em atividades comunitárias a esses indivíduos como possíveis alvos para intervenções preventivas e de tratamento (VAN ORDEN et al., 2015).

## A saúde do idoso e o olhar para as minorias

A prática de cuidados primários é a de maior viabilidade para melhorar a identificação e o tratamento da depressão nos domínios físicos, mentais e sociais (MAVANDADI et al., 2007). Entretanto, indivíduos de minorias raciais e étnicas experimentam disparidades de serviços e ficam aquém do acesso aos cuidados básicos da saúde (COSTANTINO et al., 2009). A posição socioeconômica e a acesso a saúde estão intimamente relacionadas (OPAS, 2005). Idosos marginalizados tem resposta negativa ou pobre ao tratamento farmacológico com antidepressivo e a psicoterapia. Contudo, melhorar o acesso aos serviços de saúde na atenção primária é necessário, porém não é o suficiente (AREAN et al., 2008).

As mulheres vivem mais do que os homens e muitas possuem pouca ou nenhuma renda devido aos anos de trabalho não remunerado. Além disso, as mulheres idosas que vivem sozinhas são altamente vulneráveis à pobreza e ao isolamento social. (OPAS, 2005). O sofrimento não tem caráter apenas mental, mas também de cunho financeiro, necessidade de cuidados não atendidos e do difícil acesso a eles (GRUDZEN et al., 2010). As minorias têm acesso substancial aos cuidados voltados a saúde mental que é acentuada pelo estigma e a desconfiança nos serviços formais, pelas restrições financeiras, falta de transporte público e a baixa disponibilidade de serviços culturalmente competentes (AREAN et al., 2008). Quanto menor o nível econômico e educacional maior é a vulnerabilidade a transtornos mentais e ao uso frequente dos serviços médicos em geral (SAMBAMOORTHI et al., 2003). Por consequência,

não são tratados, em sua maioria, em unidades especiais de saúde mental e sim, em ambientes de atenção primária (TIAN et al., 2012).

Idosos negros apresentam maior risco de depressão por sofrerem com estresses sociais incluindo a pobreza, baixa escolaridade, exposição à violência e a descriminalização (HALL et al., 2015). Pessoas com nível universitário ou com escolaridade acima da média, se comparadas aquelas com baixos níveis de escolaridade tem impacto significativamente negativo na utilização dos serviços de emergência e de regressão ao tratamento (TIAN et al., 2012). Contudo, idosos brancos, solteiros e analfabetos são menos dispostos a participar de atividades integrativas e dinâmicas (SARTÓRI et al., 2017). Pessoas brancas têm maior probabilidade do que pessoas não brancas a serem diagnosticadas com depressão e fazerem uso de tratamento farmacológico. Da mesma forma, a baixa renda foi congruente com o baixo uso do tratamento com antidepressivos (SAMBAMOORTHI et al., 2003). Também foi verificado que pacientes deprimido têm maior relutância no controle medicamentoso em comparação aos não deprimidos, porém faz uso constante de serviços de saúde (CIECHANOWSKI et al., 2000).

Quando a depressão não é adequadamente diagnosticada e tratada a tempo, os idosos utilizam quantidades crescentes de serviços de saúde por causa do desconforto físico (TIAN et al., 2012). Assim como, quanto mais pobres e com níveis baixos de educação, maior é a demanda ao recebimento de saúde mental e outros serviços médicos em geral (SAMBAMOORTHI et al., 2003).

Costantino et al. (2009) discutiram a necessidade de adaptar a terapia clínica convencional e aliá-la à terapia cultural de cada indivíduo, diminuindo as disparidades e aumentando os relacionamentos profissionais, com a finalidade de diminuir a gravidade da depressão e promover a redução das disparidades em saúde entre os grupos de minorias. Semelhantemente, Arean et al. (2008) integraram o modelo integrado de cuidados a maior proximidade à atenção primária e a consolidação da confiança e familiaridade entre terapeuta e paciente.

## Dor, quedas e o agravamento das doenças crônicas.

A maioria dos episódios de dor lombar ocorre espontaneamente nas atividades do cotidiano. Sua etiologia é multifatorial e possui interação intrínseca com o indivíduo, fatores sociodemográficos e comportamentais. No

ISBN 978-65-86901-26-9

idoso, é frequentemente ligada com prejuízos nas funções do corpo, limitações nas atividades do cotidiano como o autocuidado e a realização das tarefas domésticas, bem como na restrição de sua participação em eventos sociais. A dor lombar é uma condição bidirecional, na qual pode estar relacionada aos sintomas depressivos ou os sintomas depressivos podem levar a dor lombar. (FIGUEIREDO et al., 2013).

PRATA et al. (2011) realizaram conexão significativa entre a depressão e a interferência do ambiente, a adulteração no nível de atenção, redução do comprimento da passada, diminuição da confiança, reclusão, inatividade e a perdas cognitivas, predispondo ao aumento da frequência de quedas. Edmond et al. (2010) identificaram a tendência a somatização da dor lombar e incapacidade em pacientes com risco intermediário e alto para a depressão se comparados com indivíduos que possuíam baixo risco, bem como a centralização da dor na diminuição do efeito da depressão e da somatização e da incapacidade funcional. No entanto, é necessário examinar o sofrimento psíquico para guiar as estimativas de prognóstico.

Mavandadi et al. (2007) apontaram evidências que sugerem a dor crônica como um preditor da depressão por interferir nas ABVDs, nas interações sociais e no bem estar psicológico. Além de comparar o papel da dor e sua experiência, direto ou indiretamente, com o aumento da angústia e sintomas depressivos, diminuindo a chances de melhora dos sintomas depressivos.

Doenças crônicas são as principais causas de morte. Há uma alta prevalência entre a dor e o sofrimento mental, físico, psicossocial e financeiro em doentes com cuidados paliativos (GRUDZEN et al., 2010). 80% dos idosos com 60 anos que cometeram suicídio tiveram doenças graves ou terminal e 24% tiveram histórico de tratamento psiquiátrico fortemente ligado à depressão (TSANG et al.,2003). A superestimação do quadro clínico pode estar associada a influências de distúrbios cognitivos comportamentais como a ansiedade e a depressão (FIGUEIREDO et al., 2013). Sintomas depressivos são transversalmente associados com o declínio cognitivo e a outros fatores como o luto, comorbidades físicas e incapacidades (LOBO et al., 2012). A queda pode representar incapacidades, perda da função, levar à síndrome da imobilidade e a morte. Além de trazer prejuízo físico e psicológico, vindo a aumentar o custo social, sendo necessária a avaliação e a intervenção multifatorial do risco de queda (PRATA et al., 2011; LEE et al., 2013).

## Fisioterapia e as alternativas para o controle dos sintomas depressivos.

À medida que a população envelhece as visitas ao pronto socorro aumentam, assim como o número de doenças graves e complexas (GRUDZEN et al., 2010). Apesar do aumento do número de diagnósticos da depressão em pacientes idosos, a prescrição da terapia medicamentosa é realizada, na maioria, por profissionais não especializados e a remissão a psicoterapia permaneceu estável em comparação ao período entre 1992 - 1997 (SAMBAMOORTHI et al., 2003).

A natureza da intervenção terapêutica durante a fisioterapia pode mascarar os distúrbios cognitivos e afetivos, levando o paciente a se concentrar nos sintomas físicos presentes durante a terapia. Além dos instrumentos de avaliação como avaliação cognitiva e mensuração da depressão geriátrica, observa-se pouca sensibilidade à detecção dos distúrbios de humor e afetivos. No entanto, reduzida ou ausência de atenção é dada ao estado mental dos pacientes pelos fisioterapeutas, subestimando a prevalência dos transtornos de humor durante a conduta (RUCHINSKAS et al., 2002).

Overmeer et al. (2011) relataram sobre a necessidade de programas educacionais sob a perspectiva do aspecto biopsicossocial do individuo, com finalidade de mudar atitudes clínicas e crenças substancialmente orientadas biomedicamente que influenciam no raciocínio clínico. Entretanto, os pequenos programas educacionais não ajudaram a mudar o comportamento clínico em longo prazo por terem caráter generalista. Tal como, não foi identificado mudanças nas atitudes e crenças nos fisioterapeutas em pacientes com baixo risco de desenvolver dor e incapacidades.

Ciechanowski et al. (2000) sugeriram que modelos de atenção colaborativa sejam reforçados principalmente na atenção primária. Contudo, apesar de não terem efeito de compensação de custos, são mais rentáveis e possuem taxa de resposta de 40%. Van Orden *et al.* (2015) ressaltaram que a terapia de resolução de problemas (TRP) inserida do modelo da atenção colaborativa deve ser considerada como meio de ajudar os idosos a abordar uma série de fatores que contribuem para a depressão, tais como, comprometimento funcional, falta de apoio social e familiar, conflitos familiares e dor física.

TSANG et al. (2003) defenderam a prática regular de exercícios físicos devido aos benefícios alcançados por ele como a elevação do humor, melhora na qualidade do sono e da saúde geral, aumento da tolerância a atividade,

nos contatos sociais e na autoestima, além dos ganhos funcionais como a melhora na amplitude de movimento, mobilidade e nas funções sistêmicas. Entretanto, para Moraes et al. (2011), o nível de desempenho cognitivo durante a prática da atividade física pode esta associado a intensidade e duração do exercício, em que cargas moderadas induzem benefícios na cognição, enquanto altas cargas promovem resultados negativos ao treino. Como alternativa, Sartóri et al. (2017) ressaltaram a terapia de dupla tarefa como alternativa para prevenir ou retardar as mudanças e incapacidades durante o processo de envelhecimento.

A terapia em grupo é outro modelo de terapia capaz de fornecer um formato estruturado, atendem demandas de maior número de pacientes atendidos por sessão; promovendo aumento da inteiração, do apoio social, do bem-estar subjetivo e melhora da cognição e do comportamento, possibilitando a inserção de uma rotina no tratamento e no uso de estratégias de controle (LOBO et al., 2012).

## Considerações finais

Diante do contexto, os sintomas depressivos, as alterações de humor e de comportamento emocional precisam ser identificadas e observadas durante a sessão fisioterapêutica, uma vez que, o indivíduo sofre influências do ambiente e do cenário sociocultural, também pode ter respostas adversas à proposta terapêutica. O relacionamento entre o terapeuta e paciente deve ser capaz de ultrapassar as barreiras limitantes e restritivas de formalidades, para que ele possa adquirir habilidades e ser capaz de gerar novas hipóteses de tratamento e preservando sempre o respeito às crenças e rituais religiosos.

Outro aspecto que deve ser observado, não somente no ambiente da atenção primária, o manejo da dor física em pacientes idosos, visto que ela traz consigo uma carga emocional implícita que, em longo prazo, pode gerar restrições nas ABVD, perda de autonomia, restrição social, aumento do risco de quedas e consequentemente, o surgimento de sintomas depressivos. Esses sintomas depressivos podem não só interferir na recuperação de um episódio de dor aguda como podem intensificá-la, bem como é capaz de interferir no prognóstico fisioterapêutico.

Portanto, é possível sugerir que o fisioterapeuta deve atuar de forma a atender o idoso no âmbito Biopsicossocial, preparando-se para adotar postura com visão ampla e holística no tratamento, concentrando as estratégias

não somente no campo da reabilitação, como também nas áreas de promoção e prevenção da saúde. Bem como, há necessidade de incorporar nos ensaios clínicos os fatores psicológicos e emocionas a fim de elucidar sua participação no processo do adoecimento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALLEN, Bradley P. et al. Minor depression and rehabilitation outcome for older adults in subacute care. **The journal of behavioral health services & research**, v. 31, n. 2, p. 189-198, 2004

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.

AREÁN, Patricia A. et al. Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. **International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences**, v. 23, n. 10, p. 1086-1092, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – **Brasília: Editora do Ministério da Saúde**, 2007.

BRASIL. Transtornos mentais são responsáveis por mais de um terço do número total de incapacidades nas Américas. **Nações Unidas Brasil.** 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/transtornos-mentais-sao-responsaveis-por-mais-de-um-terco-do-numero-total-de-incapacidades-nas-americas/> Acesso em: 05 maio 2019.

CIECHANOWSKI, Paul S.; KATON, Wayne J.; RUSSO, Joan E. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. **Archives of internal medicine**, v. 160, n. 21, p. 3278-3285, 2000.

COSTANTINO, Giuseppe; MALGADY, Robert G.; PRIMAVERA, Louis H. Congruence between culturally competent treatment and cultural needs of older Latinos. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 77, n. 5, p. 941, 2009.

CREFITO-3. RESOLUÇÃO Nº 476, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2016. COFFITO reconhece a disciplina e especialidade profissional de Fisioterapia em Gerontologia. Disponível em: <]>. Acesso em: 10 maio 2019.

DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21, p. 06-11, 1999.

EDMOND, Susan L.; WERNEKE, Mark W.; HART, Dennis L. Association between centralization, depression, somatization, and disability among patients with nonspecific low back pain. **journal of orthopaedic & sports physical therapy**, v. 40, n. 12, p. 801-810, 2010.

ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE / WORLD HEALTH ORGANIZATION; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Active aging and its relationship to functional independence. **Texto & Contexto-Enfermagem**. v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

FIGUEIREDO, Vânia Ferreira de et al. Functional disability, depressive symptoms and low back pain in elderly. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 549-557, 2013.

FLECK, Marcelo P. et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, p. S7-S17, 2009.

GRUDZEN, Corita R. et al. Palliative care needs of seriously ill, older adults presenting to the emergency department. **Academic Emergency Medicine**, v. 17, n. 11, p. 1253-1257, 2010

GUSMÃO, Ricardo Duarte Miranda de. Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despite das perturbações depressivas e tratamento. 2005.

HALL, Charles A. *et al*. Depression remission rates among older black and white adults: analyses from the IRL-GREY trial. Psychiatric Services, v. 66, n. 12, p. 1303-1311, 2015.

IBGE EDUCA. Conheça o Brasil – População. **PIRÂMIDE ETÁRIA.** 2017. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html> Acesso em: 05 maio 2019.

LAGE, Jorge Teixeira. Neurobiologia da depressão. **Faculdade de medicina universidade do porto**. 2011.

LEE, Hsuei-Chen et al. Effects of a multifactorial fall prevention program on fall incidence and physical function in community-dwelling older adults with risk of falls. **Archives of physical medicine and rehabilitation.** v. 94, n. 4, p. 606-615. e1, 2013.

LIMA, Ana Maraysa Peixoto et al. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 6, n. 2, p. 96-103, 2016.

LOBO, Beatriz de Oliveira Meneguelo et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 2, p. 116-125, 2012.

MAVANDADI, Shahrzad et al. Effect of depression treatment on depressive symptoms in older adulthood: the moderating role of pain. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 2, p. 202-211, 2007.

MORAES, Helena et al. Effects of motor and cognitive dual-task performance in depressive elderly, healthy older adults, and healthy young individuals. **Dementia & neuropsychologia**, v. 5, n. 3, p. 198-202, 2011.

OLIVEIRA, Daniel Vicentini de et al. Investigation of the emotional and psychological factors of elderly persons frequenting ballroom dancing clubs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 797-804, 2017.

**ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Folha informativa – Depressão. OPAS Brasil. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095> Acesso em: 05 maio 2019.

OVERMEER, Thomas et al. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. **Physical therapy**, v. 91, n. 5, p. 804-819, 2011.

PENNA, Fabíola Braz; DO ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 8, n. 1, 2006.

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTÓDIO, Osvladir; MAKDISSE, Marcia. Incidence of depression and associated factors among elderly community-dwelling people: a literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 1, p. 123-140, 2009.

PRATA, Hugo Leonardo et al. Aging, depression and falls: a study with the participants of a falls prevention project. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 437-443, 2011.

RODRIGUES, Franciani; DE SOUZA, Priscila Soares; BITENCOURT, Lisiane Tuon Generoso. A fisioterapia na atenção primária. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família**, v. 1, n. 1, 2013.

ROZENTHAL, Marcia; LAKS, Jerson; ENGELHARDT, Eliasz. Neuropsychological aspects of depression. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 2, p. 204-212, 2004.

RUCHINSKAS, Robert. Rehabilitation therapists' recognition of cognitive and mood disorders in geriatric patients. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 83, n. 5, p. 609-612, 2002.

SAMBAMOORTHI, Usha et al. Diffusion of new generation antidepressant treatment among elderly diagnosed with depression. **Medical Care**, p. 180-194, 2003.

SARTÓRI, Rafaela et al. Efeitos da intervenção motora com tarefa dupla na cognição e presença de depressão em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Fisioterapia Brasil**, v. 18, n. 4, 2017.

STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. Motriz. Journal of Physical Education. UNESP, v. 8, n. 3, p. 90-98, 2002.

TIAN, Wei-Hua et al. The relationship between depressive symptoms and health service utilization for elderly people in Taiwan. **Health policy**. v. 108, n. 2-3, p. 256-267, 2012.

TRINDADE, Ana Paula Nassif Tondato da et al. Impact of cognitive decline in functional capacity in elderly institutionalized and non-institutionalized. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281-289, 2013.

TSANG, Hector WH et al. The effect of Qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: a randomized clinical trial. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 18, n. 5, p. 441-449, 2003.

VAN ORDEN, Kimberly A. et al. Course of late-life depression in China is chronic and unremitting. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 409-415, 2015.

VISMARI, Luciana; ALVES, Glaucie Jussilane; PALERMO-NETO, João. **Depression, antidepressants and immune system: a new look to an old problem.** Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo), v. 35, n. 5, p. 196-204, 2008.

WELLS, Kenneth B. et al. Community-partnered cluster-randomized comparative effectiveness trial of community engagement and planning or resources for services to address depression disparities. **Journal of general internal medicine**, v. 28, n. 10, p. 1268-1278, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION**. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2nd.ed. Geneva: WHO, 2002**.**

# PERSPECTIVAS DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS PARA IDOSOS

Ana Katarina Dias de Oliveira[1]
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira[2]

**Resumo:** O aumento da expectativa de vida e de doenças crônicas elevaram a quantidade de pessoas que vivem em situações clínicas que ameaçam a vida, levando alguns a uma abordagem do cuidado diferente da curativa, racionalizada e institucionalizada predominante na medicina ocidental até então, para uma conhecida como Cuidados Paliativos. Esse trabalho objetiva conhecer as perspectivas dos profissionais de saúde que atuam em equipes de cuidados paliativos para idosos. Consiste numa revisão integrativa, exploratório e qualitativa através da plataforma Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Brasil, de artigos publicados nos últimos 10 anos. A análise apontou a necessidade de mais estudos não só sobre a prática em Cuidados Paliativos com idosos em si, com também de estudos e ações que preparem os profissionais de saúde para atuarem em equipes multidisciplinares.
**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Interdisciplinariadade, Trabalho em Equipe, Idosos.

1 Mestranda do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Assistente Social e Nutricionista, akatarinadoli@gmail.com;

2 Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Enfermeira e professora do curso de enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, kenfoliveira@gmail.com.

## Introdução

O século XX foi marcado por grandes avanços tecnológicos na área da medicina, que possibilitaram o tratamento e a cura de muitas doenças, como também o prolongamento da vida. As mudanças no perfil epidemiológico e demográfico junto a essas inovações, trouxe como consequência novas formas de tratar os doentes e encarar a finitude humana. O aumento da expectativa de vida e dos índices de doenças crônicas elevaram de maneira significativa a quantidade de pessoas que vivem em situações clínicas que ameaçam a vida. Com isso, chega um momento em que se faz necessário que os profissionais de saúde busquem, uma abordagem do cuidado diferente, que vá além da curativa, racionalizada e institucionalizada predominante na medicina ocidental até então, para uma que se tornou conhecida mundialmente como cuidados paliativos (MENEZES; BARBOSA, 2013; PINHO-REIS, 2012).

A expressão cuidados paliativos é relativamente nova, e as vezes chega até a ser uma incógnita, para muitos profissionais de saúde. Corresponde a uma filosofia de cuidar e uma prática multiprofissional que vai além da doença, onde o indivíduo doente é tratado em sua integralidade, respeitando sua vontade e dignidade, tendo como principal objetivo oferecer a melhor qualidade de vida possível quando a cura já não é mais possível. É uma prática que busca preencher uma lacuna que a muito vinha sendo relegada nos cuidados a pacientes com doenças que ameaçam a vida, baseada nos princípios bioéticos da autonomia, da beneficência e não maleficência (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012; CARVALHO *et al*, 2018; PINTO; CAMPOS, 2016; SANTA CLARA *et al*, 2019).

Apesar de ser um termo novo na área da saúde alguns historiadores apontam que a origem dos cuidados paliativos se deu ainda na idade média, com os *Hospices* que abrigavam doentes, pobres, viúvas e mulheres em trabalho de parto, oferecendo não apenas a cura dos males físicos mas também acolhimento, proteção e principalmente alívio do sofrimento. Teve continuidade no século XVII com a fundação da Ordem das Irmãs da Caridade em Paris, por São Vicente de Paula, através da assistência prestada no St. Josephs´s Convent, mais tarde transformado em Hospice, e nas visitas domiciliares (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2020).

Entretanto, foi somente na década de 60 do século XX que a ideia de cuidados paliativos em vigor atualmente, passou a ser propagada através da

enfermeira, assistente social e médica inglesa Cicely Saunders que passou a oferecer a seus pacientes um tratamento que ia desde o controle dos sintomas até o alivio do sofrimento físico e psicológico, conhecido como *Hospice*. A expressão cuidados paliativos passou a ser adotada pela Organização Mundial de Saúde na década de 80, pois era difícil traduzir o sentido do termo *Hospice* em alguns idiomas (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012, 2020; SANTA CLARA *et al*, 2019).

No Brasil os primeiros serviços organizados em cuidados paliativos tiveram registro na década de 90, na Escola Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) e no Instituto Nacional do Câncer (INCA) que em 1998 inaugurou o hospital Unidade IV, exclusivamente dedicado aos cuidados paliativos. Este último tem se destacado nos estudos, pesquisas, cursos e atendimento na área no país. A partir do ano 2000 os cuidados paliativos tiveram significativo crescimento no Brasil (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002) define cuidados paliativos como assistência prestada por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. O apoio da OMS a causa dos paliativistas tem ajudado a difundir nos países ocidentais a ideia de qualidade de vida na fase terminal de uma doença e provocado reflexões sobre a "boa morte".

Os cuidados paliativos não são embasados por protocolos clínicos e sim por princípios, inclui a espiritualidade entre as dimensões do ser humano tratado e a família como agente envolvido em todo o processo. Os princípios dos cuidados paliativos são: 1) Promover o alívio da dor e outros sintomas, que pode ser através de medidas farmacológicas ou não; 2) Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; 3) Não acelerar nem adiar a morte, cuidados paliativos não é sinônimo de eutanásia; 4) Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente; 5) Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte; 6) Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doençado paciente e a enfrentar o luto; 7) Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes eseus familiares, incluindo acompanhamento no luto; 8) Melhorar a qualidade de

vida e influenciar positivamente o curso da doença; 9) Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outrasmedidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia eincluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

A princípio os estudos e serviços em cuidados paliativos voltavam-se muito a pacientes com câncer, e até hoje é possível encontrar na literatura da área um grande número de trabalhos que abordam as duas temáticas. Entretanto, com o crescente aumento da população idosa em todo o mundo, inclusive em países menos desenvolvidos, e o consequente aumento de doenças crônicas degenerativas e progressivas comuns nessa população, como demências avançadas, doenças neurológicas, cardiovasculares, além de fragilidades e comorbidades múltiplas tem-se aumentado também a demanda por cuidados paliativos (CASTRO; FRANGELLA; HAMADA, 2017; LEMOS et al, 2017; WHO, 2011).

Embora não seja sinônimo de doença, na velhice há uma redução das reservas fisiológicas, como também uma maior tendência a uma baixa da imunidade, tornando essa população mais suscetível a adoecimentos, internações, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), agravamento de doenças e uma maior proximidade da morte (COSTA *et al,* 2016; TINOCO; ROSA, 2015).Os cuidados paliativos não se limitam aos doentes em fase terminal, mas a qualquer pessoa que apresente doença crônica progressiva, degenerativa e incurável, o que coloca muitos idosos nesse grupo de cuidados (CAMPOS; SILVA; SILVA, 2019). De acordo com Santa Clara *et al* (2019) os idosos são a população que mais necessita das práticas paliativas no mundo.

Essa complexidade em relação a saúde de muitos idosos e a necessidade de se contemplar todas as dimensões do cuidado, exige dos profissionais de saúde uma abordagem interdisciplinar humanizada, capaz de auxiliar pacientes e familiares a enfrentar uma fase delicada e singular de suas vidas (CARDOSO et al, 2013; HERMES; LAMARCA, 2013). A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012) orienta que esses cuidados devem ser prestados por uma equipe composta por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente espiritual e dentista.

Na prática nem todas as equipes que trabalham cuidados paliativos contam com todos esses profissionais, e na maioria das vezes os profissionais não tiveram preparo adequado para atuar nessa área. Pesquisas mostram que

atuar em cuidados paliativos, mais do que em outras áreas da saúde, exige dos profissionais uma reflexão constante sobre finitude, ética, prática e limites profissionais e sobretudo, habilidade para se trabalhar em equipe (CARDOSO *et al*, 2013; HERMES; LAMARCA, 2013; PORTO *et al*, 2014).

Trabalhar cuidados paliativos requer um resgate das práticas de humanização, respeito dignidade do ser humano, transcender os limites disciplinares de diferentes áreas do conhecimento e reconhecer a interdisciplinaridade como requisito fundamental para a prática em saúde (PORTO *et al*, 2014). Além disso, faz com que o profissional de saúde conviva diariamente com uma das questões mais delicadas da humanidade: a fragilidade e a finitude humana, tudo isso num contexto de estresse, dor, dificuldades materiais ou financeiras e as vezes adversidade de relacionamento com familiares e/ou colegas de trabalho. Para Vasques *et al* (2014) a dificuldade em lidar com o sofrimento e a morte faz com que alguns profissionais evitem esse tipo de contato, entretanto para aqueles que decidem seguir ao lado do paciente nesse momento delicado essa pode ser experiência significativa.

Numa situação que envolve profundas reflexões filosóficas, morais e éticas, o que significa e como oferecer uma melhor qualidade de vida ao paciente num momento tão singular para ele. Diante desse contexto surge o questionamento: como acontece o trabalho multiprofissional em saúde nos cuidados paliativos?

Esse trabalho tem como objetivo conhecer as perspectivas dos profissionais de saúde que atuam em equipes prestadoras de cuidados paliativos para idosos, refletindo sobre os desafios e dificuldades do trabalho multiprofissional junto ao paciente sem possibilidades terapêuticas. Uma vez que foram poucos os trabalhos encontrados que abordavam diretamente a temática das relações interprofissionais nas equipes multiprofissionais de cuidados paliativos, acredita-se que essa é uma área fértil para muitos estudos. Portanto, espera-se que esse trabalho possa contribuir com a prática profissional daqueles que por opção ou não, enveredam na área do paliativismos e se deparam com os conflitos já mencionados nesse texto.

## Metodologia

O presente estudo consiste numa revisão integrativa de caráter exploratório com abordagem qualitativa de artigos publicadoos entre os anos de 2010 a 2019. A coleta de dados se deu através da plataforma Biblioteca Virtual em

Saúde (BVS) – Brasil, através do portal: http://brasil.bvs.br/. A opção pela pesquisa nessa plataforma se deu pelo fato desta incluir importantes bases de dados nacionais e internacionais na área da saúde, como Lilacs, Medline, Scielo, Cochrane, Leyes, evitando duplicação de dados.

Como descritores foram utilizadas as expressões: Cuidados Paliativos, PalliativeCare, Envelhecimento, Envejecimiento, Aging, Idosos, Anciano, Elderly, Equipe Multiprofissional, Grupo de Atención al Paciente, PatientCare Team. Os descritores estavam disponíveis no Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) e a busca se deu nos idiomas português espanhol e inglês.

Os critérios de inclusão foram estar publicado no formato artigo, completo e disponível para baixar, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, abordar sobre trabalho multiprofissional em cuidados paliativos, terem sido publicados a partir de 2010. Foram excluídos trabalhos que embora abordassem a temática estavam publicados na forma de resumos, ensaios, monografias, dissertações ou teses, trabalhos que abordavam os cuidados paliativos pela ótica de pacientes ou familiares e que não foram publicados no período de tempo estipulado nessa pesquisa.

A seleção dos artigos foi feita inicialmente pela leitura do título, seguida da leitura dos resumos, respectivamente. Dos 59 artigos encontrados foram excluídos inicialmente 3 artigos duplicados, 1 dissertação e 2 anais de congressos. Desse total, 7 abordavam a relação da ética e bioética em cuidados paliativos, 4 tratava da comunicação entre equipe e família, 21 abordavam a temática sobre a ótica de uma só profissão (enfermagem, nutrição, medicina, psicologia e odontologia), 15 apresentavam abordagens diversas sobre cuidados paliativos e 6 relacionavam-se ao trabalho interdisciplinar em cuidados paliativos.

Os trabalhos foram sistematizados após a leitura e discutidos à luz do referencial teórico pertinente, e divididos nas seguintes categorias: a) Percepção e conhecimento dos profissionais de saúde sobre cuidados paliativos, b) A vivência da equipe multidisciplinar que trabalham com cuidados paliativos.

## Resultados e discussão

Dos 59 artigos encontrados apenas 6 foram selecionados por abordar de alguma forma a vivência de uma equipe multiprofissional em cuidados paliativos, isso porque apenas 2 deles abordavam de forma mais veemente a relação entre os profissionais, enquanto os demais tratavam do assunto como uma das

ISBN 978-65-86901-26-9

categorias de análise. Essa diferença numérica demonstra o quanto ainda se faz necessário falar sobre as relações entre profissionais que trabalham essa temática. Dos 6 selecionados 2 eram revisão e 4 foram pesquisas de campo.

Todos os trabalhos analisados apresentavam uma reflexão sobre o significado e o conteúdo simbólico que os profissionais atribuiam aos cuidados paliativos. Para os profissionais o trabalho paliativo esta relacionado a cuidar quando não se tem mais expectativas de cura, prestar assistência, contribuir para uma melhor qualidade de vida do paciente, aliviar a dor e o sofrimento, oferecer um atendimento humanizado (CARDOSO *et al*, 2013; HERMES; LAMARCA, 2013; SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014; SOUZA; LACERDA; LIRA, 2017).

Essa ideia que os profissionais de saúde expressaram sobre cuidados paliativo coincide com a definição da OMS que diz ser essa uma:

> [...] assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002, p. 15).

Isso mostra que apesar da maioria dos profissionais alegarem não ter recebido preparo técnico na graduação para lidar com a temática, e não se sentirem preparados num primeiro momento para tratarem dessa situação, a noção que eles têm está de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais. Uma pesquisa realizada por Cardoso *et al* (2013) com profissionais de um hospital público no sul do Brasil apontou como uma das principais dificuldades de se trabalhar com pacientes terminais é a falta de competência e habilidade técnica para lidar com esse tipo de assistência.

Apesar do crescente interesse pelos cuidados paliativos no país, muitos estudos mostram que os cursos de graduação e pós-graduação ainda deixam muito a desejar no tocante às disciplinas relacionadas a temática, fazendo com que a maioria dos profissionais só tenham suas primeiras experiências em Cuidados Paliativos na sua prática profissional (HERMES; LAMARCA, 2013; OLIVEIRA; MARANHÃO; BARROSO, 2017; PORTO *et al*, 2014). Nos artigos analisados nesse trabalho os profissionais de saúde alegaram não terem recebido formação adequada na graduação para trabalhar aspectos humanos como cuidados paliativos e finitude, tendo alguns recorrido a pós graduação e cursos para melhor lidar com a essa questão.

Porto *et al* (2014) observa que no Brasil a formação dos profissionais de saúde ainda convive com o predomínio de modelos de assistência tecnicista e biologicista, voltado para o tratamento de enfermidades, e não do sujeito de forma integral, com ações fragmentadas por especialidades técnicas, e sempre que possível com uso de tecnologias. Entretanto o aumento da expectativa de vida associado ao de doenças crônicas, progressivas e degenerativas vêm colocando esses profissionais diante de uma nova realidade de saúde, principalmente no tocante ao atendimento de pessoas mais idosas.

Todos os estudos analisados nesse trabalho apontaram a dificuldade inicial que os profissionais de saúde têm em lidar com pacientes no fim da vida, pois essa situação remete a sua própria fragilidade e finitude. A pesquisa de Oliveira *et al* (2013) confirma que os profissionais de saúde são preparados para salvar vida e a contingência da morte coloca-os diante da vulnerabilidade humana, levando-os a refletir sobre sua finitude e de seus familiares. Por isso, conviver com a proximidade da finitude pode gerar sobrecarga emocional, sofrimento, ansiedade e depressão nos profissionais.

Os profissionais de saúde em geral são preparados para salvar vidas, curar doenças, aliviar a dores e sofrimentos, em cuidados paliativos muitas vezes é difícil amenizar a dor, o sofrimento se faz presente no cotidiano do paciente, de seus familiares e quando há envolvimento emocional destes com a equipe de cuidados esses também podem enfrentar problemas. A possibilidade de cura para muitos idosos com doenças degenerativas inexiste e a morte é inevitável. Portanto se os profissionais de saúde não se desvencilharem dos conceitos curativistas a morte do paciente pode ser vista como fracasso e seu trabalho passa a ser algo frustrante e desmotivador (CARDOSO *et al,* 2013; PORTO *et al*, 2014; SOUZA; LACERDA; LIRA, 2017).

Uma pesquisa realizada por Souza, Lacerda e Lira (2017) com profissionais de nível superior que trabalham em UTI, mostrou que o despreparo para lidar com a finitude pode levar os profissionais a subestimar o conforto do paciente, e consequentemente prolongar sua agonia.

Entretanto, na ótica dos cuidados paliativos e da visão contemporânea de "boa morte", os profissionais de saúde devem assistir o paciente até seu último momento, e mesmo cientes da proximidade da morte, devem buscar o quanto possível minimizar a dor, o desconforto, oferecendo apoio emocional e espiritual ao paciente e familiares, respeitando suas escolhas e oferecendo morte digna.

ISBN 978-65-86901-26-9

Essa postura é ratificada por Alcantara, Sant'Anna e Souza (2013) quando afirmam a necessidade da humanização do ponto de vista da integralidade do sujeito, como fundamental na prática paliativa. Para esses autores, a UTI, local onde se convive de maneira mais frequente com pacientes graves e sem possibilidades de cura, pode ser um ambiente triste e desolador quando os pacientes permanecem lúcidos, pois "[...] além da dor, estão reservados o tubo, as sondas, os cateteres, a luz incidindo no olho, o barulho dos alarmes, o vozerio dos profissionais, o frio, a nudez, a solidão e o medo da morte" (ALCANTARA; SANT'ANNA; SOUZA, 2013, p. 2510).

Para Hermes e Lamarca (2013) o uso de altas tecnologias e os cuidados paliativos não devem ser vistos como práticas antagônicas, mas sim complementares. Os profissionais podem usar as tecnologias disponíveis adequadas para cada caso e ao mesmo tempo oferecer conforto e dignidade, desde que respeitados os desejos do paciente. Os familiares também devem ser amparados e participar das decisões, e assim como os pacientes devem ser informados e estar conscientes de todo processo pelo qual estão passando. Isso exige dos profissionais uma reflexão sobre suas práticas e a busca de um modelo de cuidado que valorize a escuta, a humanização e transcenda os limites interdisciplinares de suas áreas de conhecimento (OLIVEIRA; MARANHÃO; BARROSO, 2017; PORTO *et al*, 2014).

Em 2011 a OMS publicou o resultado de um trabalho realizado na Europa em parceria com a *European Associatition of Palliative Care,* onde mostra a preocupação com a inclusão das práticas paliativas voltadas para idosos nos serviços públicos de saúde, maior integração entre os serviços de saúde, a necessidade de preparo e treinamento para os profissionais de saúde, que segundo eles não estar ainda preparada para assistir a essa faixa etária da população que tende a aumentar ainda mais nos próximos anos.

A publicação chama atenção também para a necessidade de mais estudos que vá além da abordagem oncológica e lembra que as demências é uma das doenças crônicas incurável e progressiva que atinge considerável número de idosos no mundo todo com um prognóstico de duração de até 15 anos. Esses dados levantados pela OMS, remete a uma situação comum encontrada durante essa pesquisa, quando a maioria dos trabalhos encontrados abordavam os cuidados paliativos nos serviços de oncologia e UTIs, e quanto as categorias profissionais que mais publicaram trabalhos a enfermagem aparece em primeiro lugar. Dos 6 trabalhos analisados 1 relatava a experiência de uma equipe

em cuidados paliativos oncológicos pediátricos, 3 a vivência de profissionais que atuavam em unidades hospitalares e apenas 1 em internação domiciliar.

Esses achados revelam o quanto ainda é necessário a abordagem da temática sob outras óticas como por exemplo a atuação junto a população idosa que convive anos com doenças degenerativas e em cuidados domiciliares, e também a necessidade de se pensar o cuidado sob o olhar de outras categorias profissionais e da equipe multiprofissional.

Parece ser unânime nos trabalhos aqui analisados que a prática dos cuidados paliativos por ser complexa e ter como propósito a assistência integral do paciente em todas as suas dimensões, incluindo também seus familiares, não pode ser pensada fora do âmbito da integralidade dos saberes. Para Porto *et al* (2014) a interdisciplinaridade é uma necessidade intrínseca das práticas de saúde, por isso, fundamental ao trabalho paliativo, onde profissionais de diferentes áreas de conhecimento cientes de suas habilidades e limitações complementam as práticas uns dos outros, tornando possível um atendimento humanizado, respeitando a dignidade, a individualidade e a vontade do paciente na sua preparação para a morte (CARDOSO *et al,* 2013; HERMES; LAMARCA, 2013;OLIVEIRA; MARANHÃO; BARROSO, 2017;SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Entretanto, na pesquisa realizada por Porto *et al* (2014) os entrevistados apontaram como principal dificuldade do trabalho interdisciplinar a ausência de bases na formação curricular. Para esses profissionais, a formação acadêmica e técnica não prepara para a atuação em equipes interdisciplinares, questões comuns no cotidiano de uma equipe multiprofissional como lidar com conflitos, diferenças, poderes e afetos eram adquiridas na prática profissional sem embasamento teórico, ou buscada em cursos de pós graduação, mas com resiliência acabava transformando-se num aprendizado coletivo.

Essa importância atribuída ao trabalho interdisciplinar nos trabalhos aqui analisados corresponde as orientações preconizadas pela ANCP (2012) que estabelece como fundamental o trabalho multiprofissional em cuidados paliativos. Entretanto, a composição dessa equipe multiprofissional apresentou diferentes composições de acordo com os estudos.

Enquanto a ANCP (2012) orienta uma equipe multiprofissional composta por: médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente espiritual e dentista, os estudos selecionados nesse trabalho, mesmo quando pesquisa de campo, não abrangia todas essas categorias. Nos dois trabalhos de revisão

foram mencionados apenas, médico, assistente social e psicólogo (HERMES; LAMARCA, 2013) e no outro apesar das várias referências ao trabalho da equipe multiprofissional a única profissão especificada foi a psicologia, não ficando claro as demais profissões que compõe a equipe (OLIVEIRA; MARANHÃO; BARROSO, 2017).

Nos trabalhos de campo a composição da equipe também variava. Numa pesquisa realizada por Porto *et al* (2014) com profissionais de um programa de internamento domiciliar oncológico as categorias profissionais que compõe o programa são: médico, enfermeiro, assistente social, nutricionista, psicólogo e teólogo. Composição semelhante da equipe multiprofissional foi encontrada no trabalho de Cardoso *et al* (2013) com profissionais que atendem num hospital público, cuja única diferença com relação a equipe citada no trabalho anterior foi a troca de um teólogo por um fisioterapeuta.

Dos trabalhos de campo analisados o que apresentou a maior diversidade de profissionais foi o de Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014) realizado numa unidade hospitalar de cuidados paliativos composta por médico, enfermeira, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, fonoaudióloga e orientador espiritual. Esse trabalho contrastou em número de categorias profissionais participantes com o estudo realizado por Souza, Lacerda e Lira (2017) numa UTI em que participaram apenas médico, fisioterapeuta e enfermeiro. Esse estudo não cita a participação de outras categorias, nem menciona se há ou não a necessidade delas.

Assim as categorias profissionais que compõem as equipes multiprofissionais dos estudos analisados podem ser observadas no quadro (1) abaixo:

**Quadro 1:** Categorias profissionais e o número de vezes que são citadas nos artigos

| | |
|---|---|
| Medicina | 05 |
| Enfermagem | 05 |
| Serviço Social | 03 |
| Psicologia | 03 |
| Fisioterapia | 03 |
| Nutrição | 02 |
| Teólogia/ Orientação Espiritual | 02 |
| Terapia Ocupacional | 01 |
| Fonoaudiológia | 01 |

Evidencia-se que a parte espiritual tão comentada como um aspecto importante no fim da vida pelos profissionais participantes dos estudos, na verdade foi pouco analisada em todos eles, sendo apenas mencionada superficialmente nos dois trabalhos em que a equipe contava com um profissional dessa área. Em todos os trabalhos foi notória a ênfase dada as questões físicas e biológicas no processo de finitude, e apenas na pesquisa realizada Oliveira, Maranhão e Barroso (2017) foi encontrada uma análise mais profunda dos aspectos psicológicos dos cuidados paliativos tanto do ponto de vista da relação entre profissionais quanto do paciente.

Outro aspecto evidenciado é que os profissionais de odontologia, mencionado no Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) como um dos integrantes da equipe multiprofissional, não aparece em nenhum dos trabalhos analisados, e dos 59 artigos encontrados durante essa pesquisa apenas um citava a atuação desse profissional na assistência paliativa, entretanto o trabalho foi descartado da análise por não corresponder as questões propostas nesse estudo.

No que se refere ao relacionamento da equipe Porto *et al* (2014), Oliveira, Maranhão e Barroso (2017), Cardoso *et al* (2013) e Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014) afirmam que o desgaste emocional e psicológico provocado pela dificuldade de lidar com a finitude, a falta de preparo técnico na formação profissional, são fatores que contribuem para o surgimento de conflitos. Alguns autores defendem o investimento na saúde psíquica e emocional dos profissionais que trabalham em cuidados paliativos, como forma de melhorar a assistência por eles prestada (PORTO *et al,* 2014; SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

No estudo desenvolvido por Cardoso *et al* (2013) os entrevistados relatam que a falta de preparo para lidar com cuidados paliativos era um dos fomentadores de conflito entre os membros da equipe, juntamente com a dificuldade de consenso em relação à realização de procedimentos que podem não trazer benefícios ao paciente. O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) atribui ao médico a função de coordenador da comunicação entre a equipe, o paciente e familiares, além de realizar o diagnóstico clínico e propor o tratamento seja medicamentoso ou não, adequado para o momento. Mas ressalta também a importância de cada profissional saber trabalhar com outros profissionais de diferentes áreas.

O Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) traz a função de cada profissional da equipe conforme mostra-se resumidamente aqui. Cabe

ao enfermeiro da equipe avaliar sistematicamente sinais e sintomas, curativos, orientações de asseio e higiene, medidas de conforto, gerenciamento da equipe de enfermagem, habilidades de comunicação tanto para com os familiares do paciente como entre equipe de trabalho, identificar e administração da dor e demais necessidades físicas, espirituais e sociais.

Ao psicólogo cabe oferecer escuta clínica aos que desejam se expressar, de maneira que favoreça a elaboração de vivências relacionadas ao adoecimento, capacidade de manejo em situações grupais, inclusive prestar assistência a familiares e cuidadores, e se necessário a própria equipe de trabalho. Em relação ao assistente social sua atuação deve envolver paciente, família e rede de suporte social. Esse deve realizar o perfil socioeconômico do paciente com informações que possam ajudar a condução do caso, inclusive informações sobre os aspectos espirituais de paciente e familiares, através do conhecimento e compreensão dos limites e possibilidades da família, ter habilidades de escuta e acolhimento. Sendo uma espécie de interlocutor entre paciente, família e equipe.

Ao nutricionista compete prestar assistência nutricional em todos os estágios da doença, principalmente função preventiva evitando com isso desnutrição e caquexia, reduzindo efeitos adversos dos tratamentos, procurar manter peso, composição corporal e hidratação satisfatória, oferecer qualidade de vida. Lembrando de considerar que a alimentação tem função não apenas biológica, mas também prazerosa, e por isso ser necessário ressignificar o alimento. Junto com a equipe esse profissional vai decidir as melhores vias de alimentação para cada caso específico, A nutrição é uma das áreas que envolve maiores conflitos éticos em relação a alimentação de pacientes em fase terminal, uma vez que nessa fase alguns mecanismos de hidratação e nutrição trazem desconforto e afetam a qualidade de vida.

Em relação aos fisioterapeutas o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP (2012) que esses vão atuar de acordo com a funcionalidade do paciente. Em pacientes totalmente dependentes o trabalho da fisioterapia tem como objetivo manter a amplitude dos movimentos, orientar posturas confortáveis que favoreçam a respiração, bem como realizar treinos respiratórios e outras funções biológicas, orientar como fazer as mudanças de decúbito e transferência de local e identificar meios de locomoção. Em pacientes dependentes mas que apresentam movimentos de deambulação o trabalho será voltado a manutenção da capacidade de deambulação, funcionalidade e autocuidado. E

em pacientes independentes, mas vulneráveis o objetivo da fisioterapia será manter ou melhorar a capacidade funcional.

Ao fonoaudiólogo cabe garantir o alívio dos sintomas através da manutenção da deglutição segura e o quanto possível por via oral, quando não possível em acordo com os demais profissional da equipe estabelecer vias alternativas para alimentação. Já ao terapeuta ocupacional compete criar possibilidades para aumentar a autonomia do paciente, tentando preservar atividades significativas do cotidiano deste e de seus familiares. O dentista deve participar da equipe orientando, prevenindo e tratando problemas odontológicos decorrentes da patologia e das situações clínicas associadas, evitando o comprometimento das funções bucais.

O assistente espiritual vai trabalhar dando suporte emocional e espiritual ao paciente, podendo relacionar a religião, caso o paciente siga alguma, ou não. Esse atendimento deve ser diário e extensivo aos familiares, de maneira que proporcione a eles reflexões existenciais, conforto e sensação de bem-estar. A todos os profissionais o manual destaca a necessidade de habilidades de comunicação entre todos os profissionais e para com todos os atores envolvidos, além de uma prática humanizada que busque sempre o controle da dor, e a qualidade de vida.

Os artigos analisados nesse trabalho apresentam poucas reflexões sobre a função de cada profissional da equipe, sendo esse assunto apenas mencionado superficialmente, a exceção do trabalho de Hermes e Lamarca (2013) que se debruça um pouco mais nesse ponto e lembram da relevância de cada especialidade profissional dentro do trabalho em equipe quando afirmam que: "Haverá momentosdo trabalho em que uma categoria podesobressair, mas isso não significa que esta categoria tenha um papel determinante dentro do grupo", sendo por isso, importante manter o debate sobre o papel de cada profissional (HERMES; LAMARCA, 2013, p. 2584). Entretanto os autores não abordam todas as categorias previstas pela ANCP, limitando-se apenas aos enfermeiros, psicólogos, assistente sociais e médicos.

Os trabalhos mostraram também que algumas vezes os profissionais, em especial médicos, sentem-se inseguros sobre o momento de iniciar os cuidados paliativos ou os procedimentos que devem seguir, pois tem receios em relação ao amparo legal para tal procedimento ou de estarem infringindo seus respectivos códigos de ética (SOUZA; LACERDA; LIRA, 2017). Embora o Conselho Federal de medicina através da Resolução Nº 1.805/06 já trate da

conduta para pacientes terminais e no Código de Ética Médico de 2010 que legitimou a prática de cuidados paliativos.

Apesar de todas as dificuldades no trabalho multidisciplinar em cuidados paliativos alguns estudos como o de Silveira, Ciampone e Gutierrez (2014) mostraram que quando os profissionais conseguem superar os entraves na comunicação, respeitar os limites de cada especialidade de saúde e oferecer um cuidado humanizado, o trabalho com pacientes terminais pode representar um amadurecimento pessoal e profissional. Além de se conseguir obter prazer na assistência prestada.

## Considerações finais

A tão almejada longevidade humana trás consigo também novas implicações sociais, culturais, econômicas e de saúde, e consequentemente novas reflexões. A presença de doenças crônicas, e as vezes mais de uma concomitantemente, na população idosa é algo que merece atenção das políticas públicas em geral. É certo que cada vez mais, um maior número de pessoas no mundo inteiro vai precisar de cuidados paliativos nos seus últimos anos de vida.

Esse trabalho mostrou que a temática ainda não é bem conhecida por muitos profissionais de saúde, e a deficiência nas bases curriculares dos cursos de graduação, deixando a desejar nas práticas profissionais. No processo de seleção dos artigos foi possível perceber que a maioria dos artigos focam nas práticas de enfermagem, nas questões de ética médica e nos dilemas éticos de alimentar ou não os pacientes no final da vida. Foi percebido ainda que a maioria dos trabalhos sobre cuidados paliativos são voltados a pacientes oncológico, independente da faixa etária.

Percebeu-se que a morte é um tabu para maioria dos profissionais de saúde, que a encaram como um fracasso profissional, e por isso evitam situações que os façam refletir sobre ela. A pesquisa mostrou que os profissionais sentem-se despreparados para atuar em cuidados paliativos, e citaram a carência de disciplinas que envolvam cuidados paliativos e tanatologia nos cursos de graduação como um dos motivos por esse sentimento. Alguns mencionaram que os profissionais que atuam na área buscam cursos de pós graduação e capacitações para preencher essa lacuna.

Além dessa dificuldade em relação ao desconhecimento da témática os trabalhos mostraram também que os profissionais tem dificuldade de

trabalhar em equipes multidisciplinares. Dificuldades no processo de comunicação entre esses profissionais foi o ponto mais mencionado no entrave para um bom trabalho em equipe, seguido da discordância com relação aos procedimentos adotados em alguns pacientes, segundo eles esse conflito acontece principalmente porque muitas vezes a prática profissional não deixa claro os limites de cada profissional e pela insegurança do profissional em atuar em cuidados paliativos. Alguns profissionais apontaram ainda a necessidade de se trabalhar mais a interdisciplinaridade e a humanização nos cursos de graduação, sugerindo inclusive mudanças nas grades curriculares dos cursos da saúde de maneira a comtemplar tanto cuidados paliativos, finitude humana e trabalho em equipe.

Espera-se que este estudo possa contribuir para discussões, reflexões e construção de conhecimentos, bem como, sirva de incentivo para novos trabalhos na área. Quanto as limitações desse estudo estar o fato da pesquisa ter sido realizada apenas na BVS, o que pode ter deixado de fora outras publicações sobre a temática, como também o fato dos artigos aqui analisados embora não intencionalmente, tenham se limitado a publicações brasileiras.

## Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP História dos cuidados paliativos. Disponível em: https://paliativo.org.br/cuidados-paliativos/historia-dos-cuidados-paliativos/. Acesso em: 11 mar. 2020.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. ANCP. **Manual de cuidados Paliativos ANCP**. 2. ed, 2012.

CAMPOS, Vanessa Ferreira; SILVA, Jhonata Matos da; SILVA, Josimário João da. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Rev. bioét**. (Impr.). v. 27, n. 4, p. 711- 718, 2019.

CARDOSO, Daniela Habekost *et al*. Cuidados Paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. **Texto Contexto Enferm**. v. 22, n. 4, Out-Dez, p. 1134 – 1141, 2013.

CASTRO, Juliana Maura Ferreira de; FRANGELLA, Vera Silvia; HAMADA, Marjorie Terumy. Consensos e dissensos na indicação e continuidade da terapia nutricional enteral nos cuidados paliativos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. **ABCS Health Sci**. v. 42, n. 1, p. 55 - 59, 2017.

CARVALHO, Gleyce Any Freire de Lima *et al*. Significados atribuídos por profissionais de saúde aos cuidados paliativos no contexto da atenção primária. **Texto Contexto Enferm.** v. 27, n. 2, p. 1 – 9, 2018.

COSTA, R, S. *et al*. Reflexões bioéticas acerca da promoção de cuidados paliativos a idosos. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 170-177, 2016.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.18, n. 9, p. 2577 - 2588, 2013.

LEMOS, Carlos Ferri Pontual de *et al*. Avaliação do Conhecimento em Cuidados Paliativos em Estudantes durante o Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 41, n. 2, p. 278 – 282, 2017.

MENEZES, Rachel Aisengart; BARBOSA, Patricia de Castro. A construção da "boa morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 9, p. 2653-2662, 2013.

OLIVEIRA, Thais Cibere Bezerra de; MARANHÃO, Thércia Lucena Grangeiro; BARROSO, Marianna Leite. Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática. **Id on Line Rev. Psic**. v.11, n. 35, p. 492 – 530, mai. 2017.

OLIVEIRA, Patricia Perez *et al*. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n. 9, p. 2635 - 2644, 2013.

PINHO-REIS, Cíntia. Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. **REVISTA NUTRÍCIAS**. v.15, p. 24-27, 2012.

PINTO, Isabel Ferraz; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Os Nutricionistas e os Cuidados Paliativos. **ACTA PORTUGUESA DE NUTRIÇÃO**. v.7. p. 40 – 43, 2016.

PORTO, Adrize Rutz *et al*. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira. **AVANCES EN ENFERMERÍA**. v. 32, n. 1, p. 72 – 79, jan./jun. 2014.

SANTA CLARA, Maykel Gonçalves et al. Escala Palliative Care Screening Tool como instrumento para indicação de cuidados paliativos em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 22, n. 5, p. 1 – 19, 2019.

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 17, n.1, p.7-16, 2014.

SOUZA,Hanna Louyse Ribeiro; LACERDA, Lusineide Carmo Andrade; LIRA Gerlene Grudka. Significado de Cuidados Paliativos pela equipe

multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva. **Rev enferm UFPE on line**. v. 11, n.10, p. 3885 - 3892, out., 2017.

TINOCO, Adelson. Luiz. Araújo; ROSA, Carla. de Oliveira. Barbosa. (Orgs.) **Saúde do idoso**: epidemiologia, aspectos nutricionais e processo de envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer *et al.* Cuidados Paliativos no Cotidiano de Trabalho dos Profissionais da Saúde e de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**.v. 8, n. 2, p. 3797 - 3805, out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Who Definition of Palliative Care**. Disponível em: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. Acesso em: 11 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Palliative care for older people**: better practices. Copenhagen, 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes:** policies and managerial guidelines**.** 2.ed. Geneva: WHO, 2002.

# ASPECTOS DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Hélio Luiz Fonseca Moreira[1]
Janari da Silva Pedroso[2]

**Resumo:** O presente trabalho tem como principal objetivo, abordar, em linhas gerais, diversos aspectos da violência contra as pessoas idosas, e o sistema de proteção integral instituído pelo Estado brasileiro para eliminar todas às formas de discriminação e prevenir a violência que às afetam. Apesar da tendência mundial a um padrão etário cada vez mais envelhecido, a violência se manifesta de diversas formas nos processos interativos cotidianos, constituídos nos espaços sociais, sejam eles públicos ou privados, tais como no domicílio, nas instituições de longa permanência, nos logradouros, nas instituições policiais e judiciais. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa, fundada em diversas fontes de evidência, tais como a pesquisa da literatura correlata ao tema, a análise de uma audiência preliminar realizada em Juizado Especial Criminal, e o levantamento das ocorrências realizadas na Delegacia de Proteção ao Idoso (DPID), entre os anos de 2012 a 2018, no município de Belém/PA.

**Palavras-chave**: Violência, Pessoa Idosa, Sistema de Proteção Integral, Inclusão Formal.

1 Pós-Doutor em Psicologia. Prof. Associado do Instituto de Ciências Jurídicas/UFPA, heliomoreira@ufpa.br

2 Pós-Doutor em Psicologia. Prof. Associado do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UFPA, pedrosoufpa@gmail.com

## Introdução

O presente trabalho tem como principal objetivo, abordar, em linhas gerais, a violência contra as pessoas idosas e o sistema de proteção integral constituído pelo Estado brasileiro para eliminar todas às formas de discriminação e a violência que às afetam, em uma sociedade que caminha para a um padrão etário cada vez mais envelhecido.

Os estudos sobre o envelhecimento humano têm concebido essa categoria como um processo natural, dinâmico, que, associado aos fatores de ordem social, econômica e cultural, produzem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente (Debert, 1999; Azevedo, Azevedo, Istoe, 2018; Zimmerman, 2007; Freitas, Queiroz, Souza, 2010; Limont, 2011). Essas modificações trazem consigo limitações físico-motoras, sensoriais, sociais e emocionais que incidem sobre a autonomia e a liberdade do indivíduo, tornando-o susceptível dependência de cuidados e de suporte familiar no domicílio, visto que muitas vezes podem evoluir para dependência parcial ou total (Caramano, Scharftein 2010).

Dessa forma, a pessoa idosa ainda é associada a imagem estereotipada de um indivíduo socialmente degradado, ante a sua fragilidade física, a redução de sua capacidade produtiva, o comprometimento cognitivo, a perda da autonomia e da juventude (Camarano, 2014; Cabral e Silva, 2017). Assim, constituiu-se o paradoxo entre a longevidade desejada e seus problemas derivados, pois, além da degradação natural do corpo, o envelhecimento produz mudanças status ontológico do indivíduo, que repercutem de forma variada na sua vida social e afetiva (Elias, 2001).

No Brasil, as pesquisas que abordam a violência contra o idoso, evidenciaram que altos índices de violência e a degradação identitária das pessoas idosas, comumente representadas como "velhas", "dependentes", "doentes" e "improdutivas" são vetores que geram insegurança e indignidade ao processo de envelhecimento humano (Cabral, Silva, 2017, Minayo, Coimbra Jr., 2002, Minayo, 2005, 2006). Essa violência se manifesta de diversas formas nos processos interativos cotidianos, constituídos nos espaços sociais, sejam eles públicos ou privados, tais como no domicílio, nas instituições de longa permanência, nos logradouros, nas instituições policiais e judiciais.

A violência contra a pessoa idosa é uma questão de saúde pública, pois, afeta a saúde individual e coletiva, gerando para as vítimas sentimento de

ISBN 978-65-86901-26-9

tristeza e sensação de insegurança ante a sua vulnerabilidade contextual (Minayo, 2004, 2006). Ela possui dimensões jurídica, política, ideológica e econômica. Assim, ao abordar a violência contra o idoso, a autora concebe a violência como um meio de aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais, constituídos nos processos interativos cotidianos, e nas relações interpessoais, grupais e intergrupais, nas relações de classes, de gênero, ou institucionais.

No mesmo sentido, A OMS (2002) define violência contra o idoso como uma ação ou omissão ou omissão, voluntária ou involuntário, de natureza física ou psicológica que resulta em sofrimento desnecessário, produz lesão ou dor, afetando negativamente a qualidade de vida financeira ou material da pessoa idosa. Este tipo de violência consubstancia uma violação dos direitos humanos, incluindo-se o abuso físico, sexual, psicológico, financeiro e material; o abandono, a negligência, os maus tratos, bem como a perda de dignidade e respeito

Nessa perspectiva, inclui-se como violência os maus-tratos, o abandono, a injúria, às agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringindo sua liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social, a ameaça; abuso financeiro aos idosos, o abuso sexual, a lesão corporal, e ameaça. Ou seja, abrange todas as formas de violência identificadas e tipificadas nas ocorrências da Delegacia de Proteção ao Idoso. Razão pela qual, nesse trabalho, adotou-se essa concepção ampla de violência.

Para enfrentar a banalização das várias formas de violência contra a pessoa idosa, o Estado brasileiro a reconheceu com uma categoria de indivíduo vulnerável e constituiu, legalmente, um sistema de proteção integral para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa à sociedade.

Ocorre, porém, que constituição de um sistema protetivo especial, consubstanciado em textos normativos de pouca eficácia, por si só, é insuficiente para efetivar essa integração ou consolidar o respeito e a dignidade da pessoa idosa. A equação deste problema exige um esforço coletivo, e o desenvolvimento de ações de médio e longo prazo com a participação de todos os níveis governamentais, dirigidos à elaboração de planos locais e políticas nacionais, com dotação orçamentária, dirigidas a conter e prevenir a banalização da violência contra essas pessoas.

Segundo dados do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, entre 2016 e 2018, o disque 100 recebeu 103.219 denúncias de

algum tipo de violência praticada contra pessoas idosas, sendo 32.632 em 2016, 33.133 em 2017, e 37.454 em 2018[3].

Em um levantamento realizado pelos autores na Delegacia de Proteção Idosos (DPID), no município de Belém/PA, entre 2012 e 2018, constatou-se que esta Delegacia recebeu 4.092 denúncias de algum tipo de violência praticada contra as pessoas idosas na Grande Belém, por meio do Disque Anônimo (100 e 181). No mesmo período foram realizados, ainda, 1.065 registros de ocorrências, emanados de demanda espontânea ou encaminhada por outras instituições, tais como a OAB/PA e o Ministério Público do Estado, totalizando 5.157 ocorrências, das quais resultaram 2.973 diligências, 851 Termos Circunstanciados de Ocorrência, 105 Inquéritos Policiais, e 99 Medidas Protetivas[4].

Indubitavelmente, o ordenamento jurídico brasileiro assegura às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o direito à segurança, à liberdade, e à inclusão familiar e social. Todavia, os estudos empíricos desenvolvidos por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento científico, evidenciaram que, no plano da concreção, há um grande descompasso entre os avanços jurídicos prescritos no sistema de proteção integral da pessoa idosa, consubstanciados em molduras normativas, e a realização desses direito, expressa por meio das ações efetivas, desenvolvidas pelo Poder Público para promover a assimilação de suas demandas e prevenir a violência contra as pessoas idosas.

Deste modo, o presente artigo tem como principal objetivo, abordar, em linhas gerais, violência contra a pessoa idosa, com base pesquisa bibliográfica, no levantamento das ocorrências registrada da Delegacia de Proteção ao Idoso, entre os anos 2012 e 2018, e na análise de uma audiência realizada em um Juizado Especial Criminal, em decorrência de um TCO. Tal qual outras pesquisas, o estudo concluiu que a dignidade, a inclusão e a proteção não se realizam por meio da formalização de direitos e garantias sociais abstratas, genericamente partilhadas por todas as pessoas idosas abrangidas pelo sistema jurídico positivo, mas à forma como elas se tornam visíveis e são representadas no espaços sociais e institucionais, visibilidade essa que se desdobra na possibilidade real de serem vistas e ouvidas, com espaço para a enunciação de

3 Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2019/junho/balanco-anual-do-disque-100-registra-aumento-de-13-em-denuncias-de-violacoes-contra-a-pessoa-idosa. Acesso em 20/01/2020.

4 Dados levantados na Delegacia de Proteção ao Idoso.

determinadas necessidades continuamente obstruídas, tais como a necessidade de não serem lançadas ao abismo do esquecimento, ou de serem representadas como uma carga social.

A partir da década de 80, observa-se uma série de discursos oficiais dirigidos a ressignificar a imagem da pessoa velha, representando-a como uma pessoa saudável, ativa, consciente da outorga de seus direitos, resistente às ações discriminatórias e apta a enfrentar criativamente o conjunto de mudanças sociais que redefinem a experiência do envelhecimento. No entanto, essa imagem, expressa em termos como terceira idade, melhor idade, envelhecimento bem sucedido ou envelhecimento ativo não alcança igualmente todas as pessoas que se encontram nesse estágio da vida.

## Metodologia

O presente trabalho caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa (Haguette, 1999) e foi produzido a partir de múltiplas fontes de evidências, com base na literatura pesquisada, no levantamento das ocorrências registrada da Delegacia de Proteção ao Idoso, entre os anos 2012 e 2018, e na análise de uma audiência realizada em um Juizado Especial Criminal, em decorrência de um TCO. O levantamento de dados na DPID foi realizado entre março e junho de 2019, e o acesso as ocorrências foi gentilmente autorizado pela Delegada Titular, a qual permitiu não só o acesso aos dados, mas também acompanhar audiências de mediação realizadas no Setor Social.

## Resultados e discussão

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, com múltiplas dimensões, que variam segundo o universo cultural e o contexto no qual se processa. Nos países desenvolvidos, esse processo ocorreu paralelamente ao crescimento econômico, à elevação da qualidade de vida e à redução das desigualdades sociais. Nas últimas duas décadas, esse fenômeno ganhou maior importância nos países em desenvolvimento, com o aumento acelerado da população de pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos (D'Alencar, 2005;

Camarano, 2014). De acordo com o novo relatório das Nações Unidas, "The 2019 Revision of World Population Prospects", publicado pela Divisão

de População do Departamento da ONU de Assuntos Econômicos e Sociais, a população mundial deverá crescer em 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos, passando dos atuais 7,7 bilhões de indivíduos para 9,7 bilhões em 2050 (ONU, 2019), sendo que, o declínio da fecundidade e o aumento da longevidade, conduzem o mundo para o aumento da população de idosos.

O Brasil segue essa mesma tendência. De acordo com estimativas elaboradas pelo IBGE, o número de pessoas idosas deverá aumentar nas próximas décadas, pois a diminuição das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida geram a elevação do número de pessoas idosas no país. Segundo dados da pesquisa "Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores 2018", realizada pelo precitado Instituto, a população brasileira com 60 anos de idade ou mais cresceu 26% entre os anos de 2012 e 2018. Em contrapartida, a população de até 13 anos decresceu em 6%. Por volta do ano de 2050, estima-se que a população brasileira será de aproximadamente 215 milhões de habitantes, e haverá, no Brasil, 73 idosos para cada 100 crianças (IBGE, 2018). De acordo com a mesma pesquisa, a população paraense está em trajetória de envelhecimento. Estima-se que a população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos passará dos atuais 764 mil idosos para 2,7 milhões de idosos em 2060.

A tutela jurisdicional e a violência contra o idoso constituíram objeto de estudo de pesquisadores das diversas áreas do conhecimento, tais como Direito, Psicologia, Saúde e Sociologia. Em seus trabalhos Minayo, Coimbra Jr. (2002), Minayo (2005, 2006) abordaram diversos temas relativos à proteção do idoso nos quais apresenta dados sobre mortalidade e morbidade em idosos brasileiros por causas externas no período 1980/1998. Realizou, ainda, profícua revisão da literatura nacional e internacional sobre a violência contra o idoso, dimensionado a violação de seus direitos, sua dignidade, bem como o desapreço a sua experiência e sabedoria.

Diversos estudos que abordam o envelhecimento e a violência praticada contra o idoso no Brasil evidenciaram que ela é constituída nos processos interativos desenvolvidos no próprio ambiente domésticos, cujos principais agressores são pessoas do convívio íntimo da vítima, em sua maioria os filhos e netos. Constaram, ainda, que se destacam a ocorrência de ameaça, apropriação

indébita, danos materiais, lesão corporal e maus-tratos, principalmente contra às idosas[5].

## Os registros de violência na DPID

No desenvolvimento do presente estudo, constatou-se que no estado do Pará, há significativa incidência de violência contra a pessoa idosa. Ante a esse quadro, em 18/04/2012, por meio da Portaria n.º 105/2012 da Delegacia Geral de Polícia Civil do Estado do Pará, foi criada a Delegacia de Proteção ao Idoso (DPID) para atuar especificamente no combate e prevenção à violência contra a pessoa idosa. Ela é a única que existe no estado, e atende somente as demandas da Região Metropolitana de Belém (RMB)[6]. Subordinada à Divisão Especializada no Combate aos Crimes Discriminatórios (DECD), suas principais atribuições são apurar crimes contra o idoso, sem prejuízo da ação de outras unidades policiais, e mediar conflitos relativos à discriminação etária, abuso físico, maus tratos, abuso psicológico, sexual, financeiro, o abandono, apropriação de bens e proventos, negligência e autonegligência.

A DPID funciona de segunda a sexta, de 8h às 12h. É composta por uma delegada titular, duas assistentes sociais, um escrivão, cinco Investigadores e um técnico administrativo. Essa unidade especializada atende as demandas espontâneas, às geradas pelo Disque Anônimo (181 e 100), e às encaminhadas por outras instituições, tais como o Ministério Público do Estado e a OAB/PA. As demandas que chegam à DPID são variadas e nem todas configuram crimes. As mais graves, em geral, são relativas à violência física, psicológica e sexual, injúria, calúnia, difamação. Quando as demandas configuram crimes tipificados no Código Penal, o procedimento inquisitorial pode ser instaurado nas delegacias circunscritas ao bairro onde ocorreu o crime.

Entre 2012 e 2018 a DPID recebeu 4.092 denúncias de algum tipo de violência praticada contra as pessoas idosas no Estado do Pará, por meio do Disque Anônimo, das quais resultaram 2.973 diligências, e 1.138 visitas domiciliares para averiguar as denúncias, conforme se observa na tabela abaixo.

5 Nesse sentido foram os estudos desenvolvidos por Garbin, Joaquim e Rovida (2016); Abath; Leal; Melo Filho, (2012), Mascarenhas, Andrade et al (2012), Rocha (2018), entre outros.

6 A RMB é composta por 7 municípios: Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides, Castanhal, Santa Bárbara, e Santa Izabel. Em 2018, sua população totalizava 2.491.052 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2010). Todavia, mais de 85% das ocorrências são provenientes de Belém e Ananindeua.

ISBN 978-65-86901-26-9

Tabela 1 - Denúncias anônimas recebidas (disque 181 e disque 100)

| Denúncias | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recebidas | 85 | 463 | 438 | 565 | 777 | 942 | 822 | 4.092 |
| Diligenciadas | 60 | 182 | 310 | 468 | 654 | 624 | 675 | 2.973 |
| Visitas domiciliares | 18 | 83 | 124 | 137 | 230 | 366 | 180 | 1.138 |

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso - DPID

No mesmo período foram realizados, ainda, 1.065 registro de ocorrência, emanadas de demanda espontânea ou encaminhada, totalizando 5.157 ocorrências. Entre 2012 e 2018, na DPID foram instaurando 854 Termos Circunstanciados de Ocorrências (TCO), e 105 Inquéritos Policiais (IPL). Foram decretadas, ainda, 99 Medidas Protetivas (MP) e realizadas 7 prisões em flagrantes.

Tabela 2 - Procedimentos policiais

| Procedimento | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TCO | 96 | 139 | 59 | 123 | 141 | 166 | 130 | 854 |
| IPL | 22 | 20 | 15 | 20 | 7 | 6 | 15 | 105 |
| MP | 10 | 8 | 6 | 5 | 9 | 29 | 32 | 99 |
| Flagrante | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Total | 132 | 169 | 80 | 149 | 157 | 201 | 177 | 1.065 |

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso - DPID

A DPID é composta por uma delegada titular, duas assistentes sociais, um escrivão, cinco Investigadores e um técnico administrativo. Essa unidade especializada atende as demandas espontâneas, as geradas pelo Disque Anônimo (181 e 100), e as encaminhadas por outras instituições, tais como o Ministério Público do Estado e a OAB/PA. As demandas que chegam à DPID são variadas e nem todas configuram crimes. As mais graves, em geral, são relativas à violência física, psicológica e sexual, injúria, calúnia, difamação. Quando as demandas configuram crimes tipificados no Código Penal, o procedimento inquisitorial pode ser instaurado nas delegacias circunscritas ao bairro onde ocorreu o crime.

Entre 2012 e 2018 a DPID recebeu 4.092 denúncias de algum tipo de violência praticada contra as pessoas idosas no Estado do Pará, por meio do Disque Anônimo, das quais resultaram 2.973 diligências, conforme tabela abaixo.

ISBN 978-65-86901-26-9

Tabela 3 - Denúncias anônimas recebidas (disque 181 e disque 100)

| Denúncias | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Recebidas | 85 | 463 | 438 | 565 | 777 | 942 | 822 | 4.092 |
| Diligenciadas | 60 | 182 | 310 | 468 | 654 | 624 | 675 | 2.973 |

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso - DPID

Os dados acima indicam a importância do Disque Denúncia Anônimo como um serviço público que pode contribuir com o desenvolvimento e execução de Política de Segurança dirigida a contenção e repressão da violência contra à pessoa idosa. No Pará, esse serviço existe no Pará desde 2006, está disponível à população, por meio do Disque Denúncia 181, 24 horas por dia, e integra vários órgãos que compõem o Sistema de Segurança Pública do Estado, enquanto o Disque Direitos Humanos (Disque 100) é um serviço da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, inaugurado em 2003, vinculado à Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, que recebe demandas relativas a violações de Direitos Humanos em todo território nacional.

Entre 2012 e 2018 foram realizados, ainda, 1.065 registros de ocorrências, emanadas de demanda espontânea ou encaminhada, totalizando 5.157 ocorrências. No mesmo período na DPID foram realizados 1.062 procedimentos, sendo 851 Termos Circunstanciados de Ocorrências (TCO), instaurados 205 Inquéritos Policiais (IPL), decretadas 99 Medidas Protetivas (MP) e realizadas 7 prisões em flagrantes.

Tabela 4 - Procedimentos policiais

| Procedimento | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TCO | 96 | 139 | 59 | 121 | 140 | 166 | 130 | 851 |
| IPL | 22 | 20 | 15 | 20 | 7 | 6 | 15 | 105 |
| MP | 10 | 8 | 6 | 5 | 9 | 29 | 32 | 99 |
| Flagrante | 4 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Total | 132 | 169 | 80 | 147 | 156 | 201 | 177 | 1.062 |

Fonte: Delegacia de Proteção ao Idoso - DPID

No desenvolvimento da pesquisa foi possível evidenciar que em 988 das ocorrências levantadas, 499 foram tipificadas injúria e a discriminação, e 268 eram referentes a ameaça, perturbação da tranquilidade e do sossego.

ISBN 978-65-86901-26-9

Tabela 5 – Tipificação das ocorrências

| Tipificação da ocorrência | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Injúria e discriminação | 115 | 116 | 28 | 63 | 61 | 69 | 47 | 499 |
| Ameaça, perturbação da tranquilidade e do sossego | 0 | 8 | 15 | 47 | 56 | 78 | 64 | 268 |
| Abandono, deixar de prestar assistência, básica | 5 | 19 | 2 | 5 | 6 | 6 | 2 | 45 |
| Apropriação de bens, proventos ou pensão; | 27 | 31 | 11 | 7 | 4 | 3 | 4 | 87 |
| Lesões corporais | 2 | 3 | 3 | 8 | 4 | 15 | 12 | 47 |
| Expor a perigo a integridade física e a saúde, ou submeter a condições desumanas. | 13 | 15 | 2 | 0 | 1 | 3 | 8 | 42 |
| Total | 162 | 192 | 61 | 130 | 132 | 174 | 137 | 988 |

Fonte: Delegacia e Proteção ao Idoso

Para enfrentar a banalização das várias formas de violência contra a pessoa idosa, o Estado brasileiro a reconheceu com uma categoria de indivíduo vulnerável e constitui, legalmente, um sistema de proteção integral para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa à sociedade.

Ocorre, porém, que constituição de um sistema protetivo especial, consubstanciado em textos normativos de pouca eficácia, por si só, é insuficiente para efetivar essa integração ou consolidar o respeito e a dignidade da pessoa idosa. A equação deste problema exige um esforço coletivo, e o desenvolvimento de ações de médio e longo prazo com a participação de todos os níveis governamentais, dirigidos à elaboração de planos locais e políticas nacionais, com dotação orçamentária, dirigidas a conter e prevenir a banalização da violência conta à pessoas idosa.

## O sistema de proteção integral e a simbólica inclusão social

Juridicamente, a vulnerabilidade é concebida como "uma cláusula geral da tutela da pessoa humana", pois, ante a determinadas fragilidades qualquer ser humano é vulnerável (Barboza, 2009). Todavia, a autora destaca que, em razão de circunstâncias particulares que potencializam a fragilidade e o desamparo, há grupos de pessoas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, diferenciando-se das demais, razão pela qual necessitam de tutela concreta específica, por meio de um sistema protetivo dirigido particularmente às suas

demandas, com o fim de promover a igualdade formal, consectária do princípio da Dignidade da Pessoa Humana. Entre esses grupos se incluem as pessoas idosas, que possuem vulnerabilidades específicas, caracterizadas por diversos fatores, tais como as alterações físicas originadas do processo natural de envelhecimento, a diminuição do poder econômico, perda de papéis sociais, a exclusão do mercado de trabalho, além do tratamento negligente, que, por vezes, recebem da família, da sociedade, e do próprio Estado (Barboza, 2009).

O sistema de proteção integral, edificado pelo Estado brasileiro para promover a autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade, constitui um microssistema de proteção jurídica que ampliou e consolidou a matéria jurídica relativa à dignidade da pessoa humana e os direitos a elas correlatos, incluindo normas de direito previdenciário, civil, processual civil e penal, cujos principais pilares são a Lei da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idosos (BRASIL, 2003), articulados à Constituição Federal (BRASIL, 1988). Entretanto, a realização dos direitos e a manutenção das garantias jurídicas atribuídas às pessoas idosas dependem de condições institucionais que permitam suas implementações. Inexistindo essas condições, restam apenas compromissos simbólicos, formalizados em atos solenes, que objetivamente pouco contribuem para efetivar a inclusão social e superar os problemas colocados no âmbito da relação entre o envelhecimento e as representações sociais da velhice, visto que, essas formalizações solenes discrepam das condições de existência material vivenciadas por grande parte da população idosa deste país, particularmente, àquelas internadas e, não raramente, esquecidas nas Instituições de Longa Permanência.

No dia 19 de abril de 2018, em mais uma solenidade normativa, o Estado brasileiro institui o ano de 2018 como o "Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos", por meio da Lei nº 13.646, composta por um artigo. A principal finalidade da lei era, naquele ano, realizar palestras e eventos sobre o tema, divulgação da Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos por meio de material educativo e campanhas publicitárias, incentivar no âmbito de todas as esferas públicas ações de valorização da pessoa idosa, e, por fim, esclarecer e sensibilizar a população acerca dos direitos da pessoa idosa (Brasil, 2018).

O microssistema de proteção integral das pessoas idosas possui uma dimensão obscura, consubstanciada nas representações sociais da velhice, ofuscada nas formas usuais de exposição das demandas levadas às delegacias de

idosos, ao Ministério Público ou ao Poder Judiciário, pois raramente podem ser atendidas pelo aparato institucional a que se encontram vinculadas, nos termos prescritos nesse sistema protetivo.

Assim, por exemplo, no primeiro semestre de 2015, durante uma audiência preliminar realizada em Juizado Especial Criminal, João da Silva[7], 53 anos, foi informado que havia um Termo Circunstanciado de Ocorrência (TCO), no qual constava que fora acusado de causar lesões corporais múltiplas contra seu irmão, José da Silva, uma pessoa idosa de 62 anos. Segundo os relatos expostos na audiência, os irmãos eram solteiros, moravam sós, em bairro periférico da capital paraense. O conflito era anterior às agressões, visto que o acusado morava "*na casa dos fundos*", construída em um terreno herdado por eles. Em sua narração, a vítima declarou que procurou a justiça para assegurar a sua tranquilidade e ter paz, pois o irmão frequentemente o incomodava com "*suas bebedeiras*" e a escuta de músicas com volume do som muito alto. Declarou ainda que o irmão o ameaçava e o desrespeitava todas as vezes que reclamava desses comportamentos.

Na audiência preliminar, a fala da vítima transcendeu os limites da mera descrição dos fatos, pois em sua memória narrativa restaurou o sofrimento, a insegurança, bem como a sensação de ser vítima potencial de mais uma lesão contra a sua integridade física e a sua saúde ante a sua incapacidade física de opor resistência ao irmão agressor.

O acusado reconheceu parcialmente a acusação, mas pediu desculpas à vítima alegando que "*foi sem querer (...), que estava de cabeça quente e não conseguiu se controlar naquele dia*". Após esses relatos, o agressor foi repreendido, as partes foram formalmente conciliadas e o processo foi suspenso condicionalmente por seis meses sem o julgamento do mérito. Por fim, a audiência foi encerrada, concluindo-se mais um serviço de pacificação social mediado pelo Poder Judiciário. Dessa forma, resolveu-se mais um processo, mas não se resolveu necessariamente os conflitos intersubjetivos constituídos na esfera familiar, uma vez que, concretamente, nos termos da conciliação a memória e os sentimentos da vítima foram reduzidos a mais um caso que transitou na esteira do judiciário.

7 Para preservar a identidades dos indivíduos que compuseram a relação processual, os nomes foram alterados, pois, mais importante que nomes, são os sentidos postos em movimentos no curso da audiência.

ISBN 978-65-86901-26-9

Nesse caso, deve-se observar que quando recorreu à mediação do poder judiciário para equacionar os conflitos mantidos com o irmão, aquela pessoa idosa mobilizou uma série de valores, sentimentos e representações sobre a tutela jurisdicional do idoso que transitam em diferentes esferas da vida social (Abric, 2001). Todavia, embora em movimento, a sua sensibilidade não foi impelida pelas normas jurídicas, doutrina ou jurisprudência ritualizados na relação constituída naquele processo, mas tão somente para assegurar o direito de viver com tranquilidade, ter paz e não ser vítima de mais um ato de violência patrocinado pelo irmão.

Nesse caso, cabe observar que tanto na audiência narrada como em outros processos que transitam nas linhas produtivas de decisões judiciais, os fatos apurados assumem significados complexos que envolvem valores e sentidos nem sempre percebidos à primeira análise, demandando um recorte para além da racionalidade jurídico-positiva, recolocando a justiça criminal como campo estruturado de forças e espaço público de enunciação e produção de sentidos (Bourdieu, 1989), visando entender como os fatos se condensam e ganham significados diversos nos juizados criminais e fora deles.

O rito jurídico e a rememoração na audiência preliminar revelaram o conflito e a diferenciação entre vítima e acusado que denotam uma descompensação de fatores físicos e psicológicos decorrentes do processo de senescência. Nesse processo, há o constrangimento da ruptura de um relacionamento familiar, em que a memória da paz exsurge não só como sentimento de insegurança, mas como ação concreta que denuncia ao poder estatal a violência da qual fora vítima para assegurar concretamente sua proteção contra os abusos promovidos pelo irmão agressor.

Nesse caso, deve-se observar que, "em mais um caso", o sistema de proteção integral dirigido a punir e prevenir a violência contra a pessoa idosa foi reduzido a mera abstração, enquanto o fetichismo formal (Pachukanis, 1988) ganhou vida na rotinização das práticas judiciárias. Na audiência preliminar, as cisões sociais constituídas em uma sociedade fraturada foram momentaneamente superadas, o diverso e o fragmentário foram unificados por meio da coerência jurídica, expressa na suspensão condicional do processo. Assim, o

Direito foi destituído de seu conteúdo sociológico, antropológico e psicológico, enquanto a violência praticada contra a vítima perdeu suas referências de tempo, espaço e história.

Para o acusado, a audiência desvelou um modo peculiar de elaboração da memória. O passado se realizou como atos impensados, perdoados e que

ISBN 978-65-86901-26-9

supostamente não serão mais repetidos. Portanto, devem ser esquecidos. Para a vítima, perpassou a mensagem de um vazio de segurança, a sensação de injustiça e perda da paz. Restou a ela a insegurança não resolvida e a submissão à violência praticada pelo irmão, reforçada pela suspensão do processo, determinada judicialmente por um interlocutor que possui poder e legitimidade para mediar o conflito, bem como imputar sentido e eficácia simbólica à decisão judicial (Bourdieu, 1989), diga-se de passagem, que não deve ser discutida, mas cumprida.

A violência, agressão, maus-tratos, abusos contra os idosos são expressões referentes a processos interativos interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou ainda institucionais, que causam danos físicos, psicológicos e morais às pessoas. Por conseguinte, caracteriza-se como um fenômeno de natureza biopsicossocial, cuja compreensão dever ser contextualizada, dimensionando seus aspectos psicossociais (Zimerman, 2007).

Nessa perspectiva, não faz muito sentido suspender o processo sem conhecer a dinâmica comportamental do agressor e o contexto relacional no qual a violência é constituída, uma vez que em seus processos interativos ambos se afetam circularmente (Silva, Dias, 2016). O desconhecimento dessa dinâmica resulta em decisões judiciais que se expressam muito mais como produto da rotinização da atividade judiciária, que revela apenas a camada mais tênue do substrato social, a partir do qual emergem os elementos mais complexos e dinâmicos de concreção da organização social na qual se insere a lógica da proteção integral da pessoa idosa.

Para Geertz (2012) o Direito se expressa como uma forma específica de imaginar a realidade, uma forma de ver o mundo semelhante à ciência, à religião, arte ou senso comum. Todavia, a especificidade do Direito está no instrumental e conjunto de práticas desenvolvidas no cotidiano da administração das disputas e dos conflitos sociais que essa forma própria de ver o mundo impõe aos que a ela são subordinados.

Para esse autor, no entanto, a decisão judicial reflete um modo de imaginar a realidade. Todavia, os caminhos que levam as conexões entre o Direito e as representações culturais são complexos e nem sempre coincidentes. No julgamento de uma lide, por exemplo, a adoção do princípio da igualdade entre juiz e as partes envolvidas no conflito de pretensões juridicamente opostas converte, por meio da ficção jurídica, a relação vertical em relação horizontal, obscurecendo a existência de desiguais, por serem concebidos como colaboradores no processo em julgamento. Dessa forma, juízes, defensores e promotores

ao servirem de mediadores de uma realidade que não é a sua perdem de vista o sentido de opressão inscrito no trabalho que realizam.

## A inclusão social e lógica neoliberal

A inclusão social das pessoas idosas não é inviabilizada pela falta de direitos e prerrogativas jurídicas, mas em virtude da posição que ocupam no espaço social, atravessado pela lógica neoliberal. O neoliberalismo não se reduz, tão somente, a um modelo econômico, porquanto, constituiu uma nova racionalidade, sustentada no individualismo extremado, propagador de discursos que reprimem todas as ações dirigidas à proteção dos direitos e garantias fundamentais, particularmente das pessoas mais vulneráveis. A sua influência se estende ao nível mais íntimo das relações sociais, abrangendo o Estado, a sociedade civil e a vida de cada indivíduo. Isso significa que o sistema de proteção integral compreende apenas parte de uma sociedade na qual determinados indivíduos aparecem como atores sociais, efetivos ou em potencial e outros estão, a *priori,* excluídos desse domínio, tais como as pessoas idosas. Portanto, a inclusão social desses indivíduos, com base no reconhecimento oficial de seus direitos é fragilizada, tornando-se praticamente impossível ante a força avassaladora da fantasia neoliberal, que nega a realidade e reproduz práticas legitimadoras de um sistema social excludente (Biagini, Peychaux, 2016).

Assim, ao invés de sublinhar o caráter contingente e artificial de sua emergência, o SPIPI produz um conjunto de prescrições normativas que delineiam os contornos de uma organização social simbolicamente equânime, unificada em suas diferenças sociais, econômicas e políticas, por meio da criação de categorias universais, como dignidade da pessoa humana, igualdade e vulnerabilidade, enquanto, concretamente, às representações sociais da velhice se mantêm, reproduzem e naturalizam a estigmatização das pessoas idosas, particularmente, as mais vulneráveis.

O vínculo entre a exclusão e o envelhecimento constitui-se, então, no contexto das representações sociais da velhice, baseadas em um processo de ancoragem e objetivação de ideias apriorísticas, determinantes da percepção da experiência sensível, o qual delimita o que pode ser visto e compreendido partir das imagens e ideias ancoradas no senso comum (Moscovici, 2015), tais como as de juventude, beleza, e sucesso, amplamente difundidos pelo mercado. Por conseguinte, as representações da velhice constituem um dos pilares

sobre o qual se soergue um sistema valorativo que sustenta a configuração específica das relações sociais que envolvem as pessoas idosas. Isso porque, ao conhecer a realidade social, os indivíduos não recepcionam passivamente as impressões imediatas, provenientes do mundo exterior, respondendo tão somente aos estímulos externos, eles a conhecem a medida em que agem sobre ela (Abric, 2001). Portanto, velhice configura-se como uma experiência que possui dimensões individuais, sociais e culturais.

A exclusão das pessoas idosas evidencia, em primeiro plano, a constituição de uma sociedade fraturada, que fraciona a comunidade entre os que podem exercer seus direitos e os que são relegados às margens do espaço político, social e econômico, estabelecendo a antinomia de dois mundos, um ideal, no qual as pessoas idosas são concebidas como vulneráveis, revestidas de tutela especial que lhes proporcionam a igualdade formal e, outro, o real, no qual elas são excluídas por serem marcadas com as cicatrizes da velhice.

Dessa forma, não adianta recorrer, tão somente, às instâncias estatais, tais como à Delegacia do Idoso, ao Ministério Público, ou ao Poder Judiciário, fundado em promessas simbólicas tipificadas no sistema de proteção integral da pessoa idosa, para promover a assimilação de suas demandas, visto que, na lógica neoliberal, fundante das políticas públicas implementadas na sociedade brasileira, a fala dos velhos já está comprometida e sua visibilidade continua plotada no espaço destinado aos esquecidos, cuja precariedade da alocação é ancorada em uma série representações da velhice, que circulam no senso comum, úteis para desenhar fronteiras, manter uma determinada disposição de corpos e, paralelamente, obscurecer a exposição de suas necessidades coletivas.

O *caput* do art. 230 da Constituição Federal (Brasil, 1988) consagrou o princípio da solidariedade social ao impor à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas. Esse princípio é concebido como uma categoria ética e moral projetada no mundo jurídico que expressa um vínculo afetivo, que impõe a todas as pessoas deveres de cooperação, assistência, amparo, ajuda e cuidado em relação às outras (Tartuce, 2017). O parágrafo primeiro do mesmo dispositivo, estabeleceu que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. No mesmo sentido, o art. 3º, V do Estatuto do Idoso (Brasil, 2003) dispõe que o atendimento ao idoso deve ser realizado preferencialmente por sua própria família, exceto aquelas que não possuem ou carecem de condições.

Essas normas tutelam o direito das pessoas idosas de serem mantidas sem seus núcleos familiares, conservando seus vínculos afetivos. Retirá-las desse núcleo só é admissível juridicamente em situações excepcionais de extrema necessidade. Todavia, em um contexto social no qual a família e o Estado não assumem as demandas das pessoas idosas, que exigem cuidados especiais, incluindo-se atenção física, psicológica e social, de forma integrada, a relação originária entre essas normas e sua real efetivação, configura-se como uma inclusão que exclui, ancorada em uma ordem jurídica, política e cultural que sustenta a possibilidade de colocar os vulneráveis no limbo, confinados em espaços políticos socialmente desvalorizados. Isso significa, então, que o direito de permanecer no núcleo familiar está submerso em uma dissimulação jurídica, com acentuado efeito de legitimação social. Não é por acaso que cresce a procura por ILPIs, pois internar as pessoas idosas em abrigo se torna uma opção para que possam ter cuidados e um lugar seguro para viver (Camarano & Scharfstein, 2010). Assim, o sistema de proteção integral é representado pelo legislador como evidência de inclusão social das pessoas idosas, entretanto, para quem não compartilha concretamente dessa inclusão, ele se realiza como uma ilusão neoliberal.

## Considerações finais

A violência contra às pessoas idosas é um dos grandes dilemas colocados em âmbito mundial. No Brasil, a violência tem feito milhares de vítimas, cujos principais agressores são pessoas que convivem cotidianamente com os idosos, compartilhando o ambiente doméstico. Os estudos sobre a violência contra pessoa idosa na sociedade brasileira constaram que, os altos índices de violência e a degradação identitária delas, são fatos geradores de insegurança e indignidade ao processo de envelhecimento humano.

Para conter a banalização da violência no país e exclusão social da pessoa idosa, o Estado brasileiro a converteu em sujeito de direito vulnerável e edificou um sistema de proteção integral. Indubitavelmente, a constituição de um sistema jurídico prescritivo dirigido a tutela integral da pessoa idosa que atendam suas demandas é importante para consignar a existência do direito dessa população, em contínuo crescimento, pois, gera para o estado, para à família e para a sociedade, em geral, o dever de promover o envelhecimento condigno para todos idosos. Entretanto, criar prescrições normativas com pouca eficácia, subsumidas a lógica da reprodução ampliada do capital, e muita solenidade

política não é o caminho mais adequado para enfrentar a violência e a degradação identitária da pessoa idosa.

A equação desse problema exige um esforço coletivo e o desenvolvimento de ações de médio e longo prazos, com a participação de todos os níveis governamentais dirigidos à elaboração de planejamentos locais e a políticas nacionais, com dotação orçamentária, dirigidas a conter e a prevenir a banalização da violência contra a pessoas idosa. Nesse contexto, as ações educativas, em todos os níveis, dirigidas a cultivar o respeito pelas pessoas idosas são de fundamental importância, como bem sintetizou o Papa Francisco, ao recordar o dia mundial de conscientização da violência à pessoa idosa: "Onde não há cuidado com os idosos, não há futuro para os jovens".

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABATH, M. B.; LEAL, M. C. C., MELO FILHO, D. A. **Atores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 15(2), 305-314, 2012 Disponvível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000200013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20/03/2020.

ABRIC, J. C. **Prácticas sociales y representaciones.** México: Ediciones Coyoacán - Filosofía y Cultura Contemporánea nº. 16, 2001.

AZEVEDO,D.P.G.D.;AZEVEDO;ISTOE,R.S.C.(2018) **Envejecimiento y longevidad: interfaces biológicas, psicológicas y sociales**. In: ISTOE, R. S. C.; MANHÃS, F. C.; SOUZA, C. H. M. (Org.). Envelhecimento humano em processo**.** Campos dos Goytacazes, RJ: Brasil Multicultural, 2018. p. 72-85.

BARBOZA, H. H. ***Vulnerabilidade e cuidado: aspectos jurídicos***. **In:** OLIVEIRA, G.; PEREIRA, T. S. (coordenadores) **Cuidado e vulnerabilidade**. São Paulo: Atlas, 2009, p. 106-118.

BIAGINI, H. E.; PEYCHAUX, D. F. **O Neuroliberalismo e a ética do mais forte. Nova** Petrópolis: Nova Harmonia, 2016

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico.** Lisboa/Rio de Janeiro: Difel/Bertrand Brasil, 1989. BRASIL (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019.

BRASIL (1994). **Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso**. Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019.

BRASIL (2003). **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019. BRASIL (2018). **Lei nº 13.646, de 9 de abril de 2018. Institui o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos**

**Direitos Humanos dos Idosos**. Disponível em: www.legjur.com.br Acesso em 12/06/2019.

CABRAL, B. E. S. L.; SILVA, K. R. **Imagens de si, imagens do outro: construção de identidades e alteridade entre idosas**. In: D'ALENCAR, R. S. (Org.). A representação social na construção da velhice. Ilhéus/BA: Editus, 2017.

CAMARANO, A. A. (2014). **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento.** In: CAMARANO, A. A (Org.). Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Ipea (pp. 627-654). Disponível em www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_ demograficopdf. Acesso em 27/02/2019.

CAMARANO, A. A.; SCHARFTEIN, E. A. **Instituições de Longa Permanência para Idosos: abrigo ou retiro?** In Camarano, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Ipea, 2010 Disponível em: www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf. Acesso em 27/02/2019.

D' ALENCAR, R. S. **Punidos por envelhecer . Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento.** Porto Alegre, v. 8, p. 67-81, 2005. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4775/2682. Acesso em 20/02/2020.

GARBIN, C. A. S.; JOAQUIM, R. C.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. **Idosos vítimas de maus-tratos: cinco anos de análise documental.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2016; 19(1):87-94. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n1/pt_1809-9823-rbgg-19-01-00087.pdf. Acesso em: 20/02/2020. GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. (12ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. (6ª ed.) Petrópolis: Vozes, 1999.

IBGE. Fundação Instituto de Geografia e Estatística. (2018). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018.** Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo. Acesso em 28/03/2019.

MASCARENHAS, M. D. M.; ANDRADE, S. S. C A.; NEVES A. C. M.; PEDROSA, A. A. G.; SILVA, M. M. A.; MALTA, D. de C. **Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 17, nº 9. Rio de Janeiro, set/2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014. Acesso em 12/02/2020.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. **Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento**. IN: MINAYO, Maria C. de S., COIMBRA JR., Carlos E. A. (org.) Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf. Acesso em: 23/03/2019.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

MINAYO, M. C. S. **Violência contra idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: SEDH, 2005. Disponível em:<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_livros/18.pdf>. Acesso em: 23/03/2019.

_____. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf

ONU (2019). **United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Revision of World Population Prospects: Volume I: Comprehensive Tables**. Disponível em: https://population.un.org/wpp/ Acesso em: 10/11/2019.

PACHUKANIS, E. B. **Teoria geral do direito e marxismo**. São Paulo: Editora Acadêmica, 1988.

ROCHA, R. C.; CÔRTES, M. C. J. W.; DIAS, E. C.; GONTIJO, Eliane Dias. **Violência velada e contra idosos em Minas Gerais- Brasil: análise de denúncias e notificações.** Rev. Saúde Debate. 2018, v. 42, n. Especial 4, p. 81-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04- 0081.pdf>. Acesso em: 14 de junho de 2019.

SILVA, C. F. S. DIAS, C. M. S. B. **Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor**. Psicologia: Ciência e Profissão, 36(3): 637-652, 2016. Disponível em: s://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n3/1982-3703-pcp-36-3-0637.pdf. Acesso em 20/03/2020.

TARTUCE. F. **Manual de Direito Civi**l (7ª ed.). São Paulo: Editora GEN, 2017.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: ArtMed, 2007.

# TENTATIVAS DE SUICÍDIO ENTRE IDOSOS BRASILEIROS: UMA ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR E SEUS CUSTOS FINANCEIROS

Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes[1]
Rosana Alves de Melo[2]
Joebson Maurilio Alves dos Santos[3]
Rodrigo Gomes de Arruda[4]

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo analisar a morbimortalidade hospitalar e seus custos financeiros das tentativas de suicídio entre idosos brasileiros. Tratou-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Incluíram-se dados das internações por lesão autoprovocada por meio do Sistema de Informações Hospitalares disponíveis no DATASUS. A análise dos dados se deu por meio da estatística descritiva lançando-se mão do programa Microsoft Office Excel 2013. Os principais resultados evidenciaram os homens com maiores quantitativos de internações e maiores valores totais dessas internações em comparação às mulheres. Contudo, as mulheres apresentaram maior valor médio da AIH assim como maior proporcionalidade dos óbitos ocorridos nos hospitais. Idosos mais jovens apresentaram maiores prevalências de internações e valores destas. Entretanto, quanto maior foi a faixa etária, maior foi a proporcionalidade dos óbitos. Quanto às regiões

1 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, flavia.fernandes@upe.br.

2 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, rosana.melo@univasf.edu.br;

3 Mestre em Economia. Doutorando em Economia pela UFPE. Economista da UFPE, joebsonmaurilio@gmail.com;

4 Doutor em Economia pelo Programa de Pós-Graduação em Economia da Universidade Federal de Pernambuco (Pimes/UFPE). Professor do Departamento de Engenharia de Produção da Universidade Salgado de Oliveira (Universo). E-mail: rodrigogomesdearruda@gmail.com.

brasileiras, o Sudeste expressou maior frequência e valor total das internações assim como maiores indicadores dos óbitos e a região Sul maior valor médio da AIH assim como maior média de permanência da internação. Quanto a raça/cor, as pessoas brancas apresentaram maior frequência e valor total das internações, contudo, as pessoas amarelas apresentaram maior valor médio da AIH assim como maior proporcionalidade dos óbitos hospitalares. Os estudo traz a necessidade do olhar para as diferentes características da tentativa de suicídio nos idosos brasileiros considerando a diversidade regional e individual das ocorrências em especial considerando os desfechos finais como o óbito por suicídio.

**Palavras-chave:** Hospitalização, Custos de Cuidados de Saúde, Sistemas de Informação, Tentativa de Suicídio.

## Introdução

O suicídio é um fenômeno multifatorial (FUKUMITSU et al., 2015), e continua a crescer no Brasil, apresentando importantes variações regionais (MACHADO; SANTOS, 2015) devendo a pesquisa científica sobre essa problemática considerar os fatores psicológicos, biológicos, sociais, culturais, dentre outros (FUKUMITSU et al., 2015), em especial na formação do comportamento suicida em idosos (ЗИНЧУК et al., 2018).

O contexto de mortalidade, bem como a assistência à saúde apresentam iniquidades regionais, com lacunas nos serviços de saúde (MACHADO; SANTOS, 2015) e muitas vezes falham em fornecer ajuda oportuna e eficaz (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Além disso, prever e prevenir o suicídio envolvem a necessidade de pessoas com experiência para intervir nesses casos (KRYCHIW; WARD-CIESIELSKI, 2019).

Nesse contexto, sabe-se que o fenômeno suicida é um grave problema de saúde pública, além de um grave problema econômico e social (FERREIRA JUNIOR, 2015). Todo suicídio é uma tragédia. Estima-se que ocorra mais de 800.000 mortes associadas a muitas tentativas de suicídio para cada morte, sendo o impacto sobre as famílias, amigos e comunidades algo devastador, muitas vezes não priorizado como um grande problema de saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em todo o mundo, os suicídios representam metade de todas as mortes violentas em homens e 71% em mulheres, mas essas diferenças variam de acordo com a renda dos países. Nos países mais ricos, três vezes mais homens morrem por suicídio, mas nos países de baixa e média renda a proporção entre homens e mulheres é muito menor, com 1,5 homens para cada mulher. Ademais, as taxas de suicídio são mais altas em pessoas com 70 anos ou mais de idade, tanto para um sexo quanto para o outro em quase todas as regiões do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Apesar da importância das mortes por suicídio, sabe-se que a tentativa anterior de suicídio é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral, uma vez que para todo suicídio, há várias tentativas prévias. Dentre os principais métodos de perpetração, a ingestão de pesticidas, enforcamentos e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio em todo o mundo variando de acordo com o grupo da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

ISBN 978-65-86901-26-9

Dentre os fatores de risco para o suicídio, destacam-se alguns transtornos como a depressão (ALENCAR et al., 2018) transtornos bipolares e ansiedade, juntamente com abuso de substâncias, distúrbios de controle de impulso e indicadores de utilização clínica, que foram reconhecidos como características significativas associadas às tentativas de suicídio (ZHENG et al., 2020). A depressão é considerada um grave problema de saúde pública pela sua incidência, (ALENCAR et al., 2018) apresentando correlação positiva com a taxa de mortalidade por suicídio (SAGAR et al., 2020).

Como já destacado, a tentativa de suicídio prévia, seguida de um planejamento é indicado como o preditor mais forte do risco de suicídio (CHOO et al., 2019), sendo o custo dos cuidados com essas tentativa elevado. O custo indireto a familiares também ratifica a ideia de que o comportamento suicida atinge além do próprio indivíduo, extrapolando para o ambiente social em que vive (SGOBIN et al., 2015).

Nesse cenário, a presente pesquisa teve como objetivo analisar a morbimortalidade hospitalar e seus custos financeiros das tentativas de suicídio entre idosos brasileiros.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A epidemiologia descritiva utiliza, dentre outro, dados secundários analisando como a incidência e/ou a prevalência de uma doença varia de acordo com determinadas características (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Utilizaram-se os dados das internações hospitalares no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019 obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses dados agregados e de domínio público disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2020. Foram incluídos no estudo as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) que passaram pelas críticas do SIH e foram aprovadas, sendo essas a representação da frequência absoluta das internações. O critério adotado foi que a causa da internação registrada na AIH tivesse a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10) correspondente às lesões autoprovocadas voluntariamente (X60 a X84) e tivessem ocorrido em pessoas maior de 60 anos.

As variáveis do estudo foram sexo (masculino, feminino), região de residência da internação (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste), faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais), raça/cor (branca, preta, parda, indígena, amarela), ano do processamento da internação (2010 a 2019), valor total da internação e valor médio da AIH (em moeda corrente R$), total de dias de internação e média de permanência hospitalar, total de óbitos e mortalidade proporcional (expressa em termos percentuais) por lesões autoprovocadas voluntariamente. Para fins desse estudo a terminologia utilizada foi tentativa de suicídio para melhor aproximação e discussão com a literatura.

A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva apresentando as frequências absolutas, os valores financeiros previamente calculados e disponibilizados pelo DATASUS. A análise da evolução temporal foi apresentada por meio de evolução gráfica simples. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos, realizados com apoio do Microsoft Office Excel 2013.

Considerando que os dados são secundários e de domínio público, todos os preceiros éticos foram respeitados seguindo-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 (CNS, 2016), dispensando avaliação pelo Sistema CEP/CONEP.

## Resultados e discussão

No período entre 2010 e 2019, ocorreram no Brasil, 7.901 internações em hospitais públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) por tentativas de suicídio em idosos. Essas internações, representaram um custo total de R$ 8.344.657,96 (oito milhões, trezentos e quarenta e quatro mil, seiscentos e cinquenta e sete reais e noventa e seis centavos). O valor médio da AIH foi de R$ 1.056,15 (mil e cinquenta e seis reais e quinze centavos).

Entre as regiões brasileiras, a região Sudeste (n = 4.279) foi a que obteve maior número de internações por tentativa de suicídio, seguida da região Nordeste (n = 1.933). Quanto ao valor médio da AIH, região Sul (R$ 1.321,89) apresentou maior valor médio da AIH seguido da região Sudeste (R$ 1.277,17).

A faixa etária mais acometida foi a de 60 a 69 anos com 4.660 internações e um valor total de R$ 4.996.265,41 e valor médio da AIH de R$ 1.072,16. A faixa etária mais idosa, de 80 anos ou mais, apesar de ter tido o último valor total, apresentou o segundo maior valor médio da AIH (R$ 1.046,60) (Tabela 1).

Quanto ao sexo, os homens apresentaram uma maior frequência de internação (n=4.854) assim como um valor total maior (R$ 4.720.228,72), contudo, são as mulheres que apresentam um valor médio da AIH maior (R$ 1.189,51).

A raça/cor de maior frequência nas tentativas de suicídio foi a branca (n=3.133) assim como maior valor total (R$ 4.115.754,84). Contudo, no maior valor médio da AIH, prevaleceu a raça/cor amarela (R$ 1.525,88) (Tabela 1).

A prevalência do suicídio entre idosos varia entre os estudos. Em estudo nacional, essa prevalência foi de 16,2% entre maiores de 60 anos (MACHADO; SANTOS, 2015). Estudo internacional também apresentou prevalência semelhante, com 14,4%, contudo um pouco menor. Entretanto, salienta-se que em outros países essa faixa etária é analisada a partir dos 65 anos de idade (KIKHAVANI et al., 2019).

O perfil das pessoas que cometem suicídio no Brasil variou também em estudo publicado em 2015 em que evidenciou baixa escolaridade na maioria das pessoas que cometiam suicídio, apesar da subnotificação dessa variável (MACHADO; SANTOS, 2015).

Estudo internacional mostrou que indicadores socioeconômicos baixo estiveram associados a um risco aumentado tanto do suicídio quanto da tentativa de suicídio. Ademais, o ambiente em que vivem também pode influenciar quando afirma que em áreas com maiores níveis de privação e em famílias com uma chefe de família ou um migrante estrangeiro apresentaram um risco mais elevado de tentativa de suicídio (KNIPE et al., 2019).

No Brasil, localidades com maiores indicadores de pobreza contribuiu para o número de mortes nos municípios por essa causa apresentando também uma relação inversa entre a taxa de desemprego e os suicídios (FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2017).

Os homens também prevaleceram na efetivação do suicídio em estudo nacional, quando ocorreu 3,7 vezes mais frequentemente entre homens do que entre mulheres (MACHADO; SANTOS, 2015) e em estudo internacional quando apresentou um total de 129 mortes por suicídio sendo 102 homens e 27 em mulheres sendo os homens mais susceptíveis a influência de indicadores socioeconômicos mais baixo estando mais expostos às tentativas de suicídio (KNIPE et al., 2019).

Estudo realizado em idosos na Bahia identificou uma maior prevalência de mortes por suicídio em homens assim como no grupo etário de 60 a

69 anos, em geral com a utilização do enforcamento/estrangulamento como principal meio, seguidos de autointoxicação por pesticidas e produtos químicos (CARMO et al., 2018).

Apesar da literatura descrita acima direcionar para os homens como as principais vítimas de suicídio, as mulheres idosas são as que mais sofrem quando vivem em famílias desunidas em que há pouca expressão de afeto, compreensão e cumplicidade além de outros fatores emocionais e conflitos na convivência inter geracional (SILVA et al., 2015). Ademais, o isolamento e a inatividade cotidiana das mulheres idosas contribuem para a ideação suicida, pensamento de morte (MENEGHEL et al., 2015).

Ainda na velhice, as mulheres idosas continuam desempenhando o papel de cuidar, mesmo quando já não têm saúde, somado às responsabilidades atribuídas como consequência da pobreza, como a necessidade de realizar trabalhos domésticos ou cuidar de outrem acarretando em sobrecarga física, econômica e pessoal (MENEGHEL et al., 2015).

Estudo apontou que ser mulher, dentre outros fatores como baixa escolaridade, percepção de saúde ruim ou regular e não adesão à uma terapêutica medicamentosa foram fatores determinantes para o histórico de tentativa de suicídio (BORBA et al., 2020). Além disso, estudo de uma coorte de mulheres no Recife, Pernambuco, Brasil, identificou maior risco de tentativa de suicídio em mulheres que sofreram e apresentaram baixa adesão a uma religião (VASCONCELOS NETO et al., 2020).

Estudo nacional apontou que a tentativa de suicídio, apesar de ocorrer predominante em adolescentes e adultos jovens, especialmente entre 15 e 29 anos, acomete principalmente as mulheres. Verificou-se que as mulheres tentam mais suicídio do que os homens através de métodos menos agressivos (RIBEIRO et al., 2018). As mulheres relataram uma maior prevalência de tentativa de suicídio, e isso foi menor para as mais jovens sendo que o atraso educacional aumentou a propensão a tentativa de suicídio, assim como quando ocorre entre os adolescentes que usam álcool ou tabaco (CONTRERAS; DÁVILA CERVANTES, 2018).

Estudo nacional apontou que, 63,4% das mulheres que cometeram suicídio utilizaram a autointoxicação, principalmente no uso de drogas medicamentosas enquanto os homens utilizam métodos mais letais, como o enforcamento (MOREIRA et al., 2017). Esse cenário pode direcionar para uma período de internação anterior ao desfecho que pode ser o óbito. Outrossim, métodos menos letais podem causar danos maiores levando a uma demanda maior

durante o tratamento hospitalar. Ressalta-se que no presente estudo, as idosas apresentaram um valor médio da AIH maior que os homens. ~

Registros de suicídio dos últimos 40 anos mostram o enforcamento como o método suicida mais usado, em especial por homens, com o objetivo de causar a morte, ao contrário apenas da tentativa de suicídio. Por outro lado, o uso de medicamentos está mais associado à tentativa de suicídio sendo predominantemente mais utilizado pelas mulheres (ZALAR et al., 2018).

Quanto a raça/cor nesse mesmo estudo, os indígenas apresentaram a maior taxa de mortalidade no ano de 2000, seguida pelos amarelos e brancos, perfil também mantido em 2012 (MACHADO; SANTOS, 2015). Outra pesquisa também identificou que a cor/raça branca e indígena estão entre os principais determinantes das mortes por suicídio nos municípios brasileiros (FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2017). O presente estudo evidenciou em especial a raça/cor branca, apesar de retratar apenas valores absolutos.

Quanto aos meios de perpetração do suicídio, estudo internacional aponta que a intoxicação por pesticidas foi o método mais comum de suicídio seguido de enforcamento (KNIPE et al., 2019). Em fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) analisadas em estudo nacional, também se destacaram as tentativas de suicídio devido à intoxicação por envenenamento e automedicação. Acredita-se que isso seja proporcionado por uma maior facilidade ao acesso a medicamentos, raticidas, agrotóxicos, dentre outros, facilitando a tentativa de suicídio (RIBEIRO et al., 2018).

Estudo que objetivou caracterizar as intoxicações por psicofármacos com motivação suicida em idosos, identificou que predominaram os idosos com idade entre 60 e 69 anos de idade, do sexo feminino e ocupação aposentado. A principal causa foi o envenenamento moderado sendo o principal desfecho a melhora do paciente com evolução para alta (CARVALHO et al., 2017).

Na China, pesquisa realizada em área rural com idosos identificou que pelo menos 7,7% desses relataram ideação suicida sendo maior no sexo feminino. Além do nível de escolaridade, dificuldades cotidianas também estão relacionadas como dívidas, estresse, solidão e sofrimento psíquico (LU et al., 2020).

Assim como no SUS, sistema de saúde do NHS também apresenta valores equivalentes superiores aos do Brasil. Os custos totais médios por pessoa para serviços hospitalares do sistema de saúde do NHS durante o período de 6 meses foram de £ 513 e £ 561 dependendo do grupo de análise (caso ou

controle), equivalente a aproximadamente R$ 3.200,00 (reais) (O'CONNOR et al., 2017).

Pesquisa que buscou quantificar o custo econômico dos danos pessoais como automutilação e suicídio entre os trabalhadores da indústria da construção de Nova Gales do Sul, na Austrália, evidenciou um custo de AU $ 527 milhões (dólares australianos) em 2010. Para cada AU $ 1 investido em um programa de prevenção adotado na localidade, o retorno econômico foi de aproximadamente AU $ 4,6 sendo assim, um investimento econômico positivo em segurança no local de trabalho. O principal fator relacionado ao custo apresentado pelo estudo, nos casos de incapacidade total e na fatalidade, foi a perda de renda e, apenas para a incapacidade total, houve o custo adicional dos pagamentos de recursos da assistência social (DORAN et al., 2016).

No Brasil, há a evidência de que além do impacto emocional, o comportamento suicida tem um importante impacto econômico especialmente quando ocorre a tentativa de suicídio com um alto grau de intenção suicida e utilização de métodos de alta letalidade. Essas têm um custo econômico total tão alto quanto as internações por síndrome coronariana aguda. Esse cenário reforça que os cuidados secundários como os realizados em nível hospitalar para esses pacientes são mais caros que a prevenção (SGOBIN et al., 2015).

A tentativa de suicídio produz custos diretos importantes que são apenas uma parte do ônus financeiro sendo as medidas de prevenção de distúrbios de humor, uma maior atenção aos idosos e o uso de métodos mais rigorosos pode ser mais viável e melhor relação custo-benefício (CZERNIN et al., 2012).

Cada episódio causado por tentativa de suicídio gera custos que podem ser divididos em totais, individuais diretos e indiretos chegando no custo total US$ 7.163,75. Os principais fatores que influenciam o aumento dos custos hospitalares para as internações por tentativa de suicídio estão relacionados aos meios de perpetração utilizado pela vítima, em especial por intoxicação exógena, levando a necessidade de realização de testes laboratoriais rigorosos e exames de imagem do crânio (SGOBIN et al., 2015).

O custo nacional de suicídios e tentativas de suicídio nos Estados Unidos em 2013 foi de 58,4 bilhões de dólares sendo a perda da produtividade a maior proporção desse custo. A faixa etária de 65 a 74 anos apresentou um total de 3.794 suicídios com um custo total de US$ 243,883. Em pessoas com mais de 75 anos, morreram 3.421 com custo US$ 66218 dólares (SHEPARD et al., 2016).

**Tabela 1 –** Caracterização das internações por tentativa de suicídio em idosos brasileiros segundo total de internações, valor total e valor médio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Brasil, 2010 – 2019.

| | Número de internações | Valor total | Valor médio da AIH |
|---|---|---|---|
| **Região** | | | |
| Norte | 352 | R$ 188.171,51 | R$ 534,58 |
| Nordeste | 1933 | R$ 1.243.898,32 | R$ 643,51 |
| Sudeste | 4279 | R$ 5.464.989,76 | R$ 1.277,17 |
| Sul | 840 | R$ 1.110.387,24 | R$ 1.321,89 |
| Centro-Oeste | 497 | R$ 337.211,13 | R$ 678,49 |
| **Faixa Etária** | | | |
| 60 a 69 anos | 4660 | R$ 4.996.265,41 | R$ 1.072,16 |
| 70 a 79 anos | 2114 | R$ 2.168.876,07 | R$ 1.025,96 |
| 80 anos e mais | 1127 | R$ 1.179.516,48 | R$ 1.046,60 |
| **Sexo** | | | |
| Masculino | 4854 | R$ 4.720.228,72 | R$ 972,44 |
| Feminino | 3047 | R$ 3.624.429,24 | R$ 1.189,51 |
| **Cor/raça** | | | |
| Branca | 3133 | R$ 4.115.754,84 | R$ 1.313,68 |
| Preta | 279 | R$ 382.280,80 | R$ 1.370,18 |
| Parda | 2010 | R$ 2.014.932,58 | R$ 1.002,45 |
| Amarela | 118 | R$ 180.053,45 | R$ 1.525,88 |
| Indígena | 3 | R$ 607,08 | R$ 202,36 |
| **Total** | **7901** | **R$ 8.344.657,96** | **R$ 1.056,15** |

Quanto a caracterização das internações observou-se que a região Sudeste apresentou uma quantidade de dias de permanência durante a internação (n= 23.664) maior que as demais regiões. Os idosos mais jovens, entre 60 e 69 anos (n=26.446), os homens (n=26.554) e pessoas da raça/cor branca (n= 18.724) também apresentaram um tempo maior de internação.

Em relação à média de permanência a região Sul se destacou na qual os idosos permaneciam em média 8,4 dias internados. Os idosos mais jovens (5,8) e os homens (5,6) também apresentaram média de tempo maior de internação. Já a raça/cor preta apresentou um tempo médio de internação maior (6,4).

Dentre todas as internações, a região Sudeste foi a que apresentou maior número de óbitos (n=368) e proporção (8,7%) em comparação às demais regiões. A faixa etária mais vitimada em números absolutos foi a de 60 a 69 anos (293), entretanto proporcionalmente os idosos mais idosos, de 80 anos ou mais, apresentaram maior proporção de óbitos (8,9%). A raça/cor branca

ISBN 978-65-86901-26-9

foi a que apresentou maior número de vítimas fatais (n=244), contudo, foi a amarela que obteve maior proporcionalidade de mortalidade do total de internações (tabela 2).

A média de tempo de internação para tentativa de suicídio foi de 15,4 dias, valor superior ao encontrado no presente estudo em que os pacientes ficaram em média 5,5 dias internados.

Ademais, um maior tempo de internação também eleva os custos dessa internação (SGOBIN et al., 2015).

A mortalidade proporcional no presente estudo indica a razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIH aprovadas, no período, multiplicada por 100 (DATASUS, 2020), indicando que quanto maior essa proporção, mais fatais foram os métodos utilizados pelas vítimas, mas que não levaram ao óbito no momento da sua efetivação.

**Tabela 2 –** Caracterização das internações, mortalidade hospitalar proporcional por tentativa de suicídio em idosos brasileiros segundo dias e média de permanência, total de óbitos e mortalidade proporcional. Brasil, 2010 – 2019

| | Dias de permanência | Média de permanência | Óbitos | Mortalidade proporcional (%) |
|---|---|---|---|---|
| **Região** | | | | |
| Norte | 1.513 | 4,3 | 17 | 4,8 |
| Nordeste | 8.964 | 4,6 | 96 | 5,0 |
| Sudeste | 23.664 | 5,6 | 368 | 8,7 |
| Sul | 6.386 | 8,4 | 60 | 7,9 |
| Centro-Oeste | 1.973 | 4,0 | 23 | 4,6 |
| **Faixa Etária** | | | | |
| 60 a 69 anos | 26.446 | 5,8 | 293 | 6,4 |
| 70 a 79 anos | 10.464 | 5,0 | 171 | 8,1 |
| 80 anos e mais | 5.590 | 5,0 | 100 | 8,9 |
| **Sexo** | | | | |
| Masculino | 26.554 | 5,6 | 343 | 7,2 |
| Feminino | 15.946 | 5,2 | 221 | 7,3 |
| **Cor/raça** | | | | |
| Branca | 18.724 | 6,2 | 244 | 8,1 |
| Preta | 1.778 | 6,4 | 23 | 8,3 |
| Parda | 9.983 | 5,0 | 131 | 6,5 |
| Amarela | 691 | 5,9 | 13 | 11,0 |
| Indígena | 5 | 1,7 | | |
| **Total** | **42.500** | **5,5** | **564** | **7,2** |

ISBN 978-65-86901-26-9

Analisando a evolução da mortalidade hospitalar no Brasil tendo como causa da internação a tentativa de suicídio, o ano com maior proporcionalidade da mortalidade foi o ano de 2012 (9,9%) e o ano de menor percentual foi 2014 (5,7%). Após esse período, observou-se uma constância nos indicadores (Gráfico 1).

Estudo que analisou os aspectos epidemiológicos dos óbitos por suicídio em um município da região noroeste do estado do Ceará evidenciou que, dentre os anos com maior número de suicídio, destacou- se 2015, que registrou 23 óbitos. Sabe-se que a mortalidade por suicídio tem aumentado muito, principalmente em nível nacional, contudo, esse cenário de mortalidade envolve variações regionais significativas (MOREIRA et al., 2017).

Outra pesquisa também em um município do estado do Ceará, Iguatu, analisou perfil dos suicidas evidenciando que os anos de 2012 e 2013 tiveram a maior incidência de suicídios, sendo a maioria cometido por homens, com idade de 14 a 93 anos, de cor parda, com baixo nível de escolaridade (PEDROSA et al., 2018).

Análise internacional mostrou que as taxas de suicídio entre idosos nas áreas rurais são mais altas que nas áreas urbanas sendo o envenenamento por inseticida mais prevalente nas áreas rurais e o enforcamento maior em áreas urbanas. As taxas de suicídio para esses dois métodos aumentam com a idade, sendo especialmente altas em idosos. Estratégias de prevenção ao suicídio deve incluir em especial os idosos (LI; KATIKIREDDI, 2019).

**Gráfico 1 –** Evolução da mortalidade hospitalar proporcional por tentativa de suicídio em idosos. Brasil, 2010 – 2019.

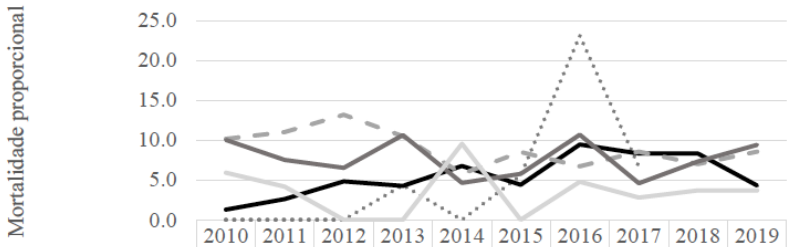
A evolução da mortalidade hospitalar proporcional por tentativa de suicídio em idosos segundo região de residência evidenciada no presente estudo mostra que a região Norte apresentou maior pico dessa mortalidade ao longo dos anos sendo 2016 de maior proporção. As regiões que apresentaram crescimento na mortalidade proporcional analisando o período inicial e final foram Norte e Nordeste quando passaram de 0,0% e 1,3% em 2010 para 13,8% e 4,3% em 2019, respectivamente. Em 2019, as regiões que apresentaram maiores percentuais de mortalidade hospitalar foram Norte, Sul e Sudeste como mostra o gráfico 2.

A maior mortalidade proporcional considerando todo o período no presente estudo foi observada na região Sudeste seguida da região Sul. Realidade semelhante fio evidenciada quando estudo apontou a região Sul com maior taxa de mortalidade apesar da evidência de tendência de crescimento dessa mortalidade no país, mesmo com divergências entre as regiões brasileiras. (MACHADO; SANTOS, 2015). Ressalta-se que são indicadores diferentes em que no presente estudo, estão sendo analisadas apenas as mortes ocorridas em nível hospitalar.

Assim como no presente estudo as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior crescimento na mortalidade proporcional pesquisa realizada por Machado e Santos (2015) também mostrou o Nordeste com o maior crescimento percentual na taxa de suicídio nos analisados pelo estudo. O estudo apresenta ainda uma variação regional das mudanças socioeconômicas e demográficas ao longo do período como, por exemplo, elevações no índice de envelhecimento, quedas no índice de Gini e na proporção de pessoas de baixa renda dependendo da região brasileira (MACHADO; SANTOS, 2015).

O porte do município também é considerando uma informação relevante no que se refere taxa de suicídio sendo que as maiores taxas de suicídios ocorrem em pequenos municípios (FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2017)..

**Gráfico 2** - Evolução da mortalidade hospitalar proporcional por tentativa de suicídio em idosos segundo região de residência do paciente. Brasil, 2010 – 2019.




| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 4.4 | 0.0 | 5.6 | 23.1 | 6.7 | | 13.8 |
| Nordeste | 1.3 | 2.6 | 4.8 | 4.2 | 6.7 | 4.4 | 9.5 | 8.3 | 8.3 | 4.3 |
| Sudeste | 10.1 | 11.0 | 13.2 | 10.5 | 5.8 | 8.5 | 6.7 | 8.6 | 7.0 | 8.5 |
| Sul | 10.0 | 7.5 | 6.5 | 10.6 | 4.6 | 5.8 | 10.7 | 4.6 | 7.3 | 9.4 |
| Centro-Oeste | 5.9 | 4.2 | 0.0 | 0.0 | 9.5 | 0.0 | 4.8 | 2.8 | 3.7 | 3.7 |

O gráfico 3 apresenta a evolução da mortalidade hospitalar proporcional segundo sexo evidenciando crescimento desse indicador para os homens e redução para as mulheres, considerando o ano inicial de 2010 e final de 2019. Destaca-se que as proporções oscilaram, estando as mulheres em alguns anos com maior mortalidade e em outros os homens superam as mulheres. Em 2010, 2013 a 3015 as mulheres tiveram maiores percentuais. Em 2011, 2016, 2017 e 2019, os homens morreram mais em nível hospitalar. Em 2018, a proporção foi a mesma entre o sexo.

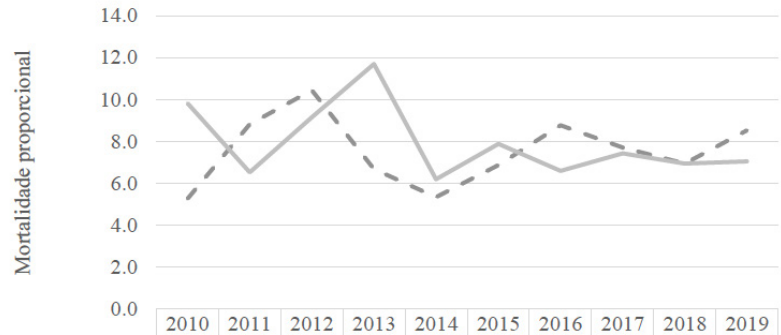
A literatura aponta que, no que se refere ao método utilizado na perpetração do suicídio, os homens tendem a preferir métodos mais violentos como arma de fogo e enforcamento, enquanto mulheres optam mais frequentemente por intoxicação medicamentosa (DEL-BEN et al., 2017). Esse levantamento pode estar relacionado a uma maior proporção das internações na mulher, entretanto também levam ao óbito como evidenciado no presente estudo em que a mortalidade hospitalar nas mulheres foi maior em alguns anos nelas em relação aos homens.

Divergente do presente estudo, pesquisas mostram que a proporção da mortalidade por suicídio entre homens é maior do que nas mulheres (MACHADO; SANTOS, 2015; MOREIRA et al., 2017; REUTFORS et al., 2019). Apesar das mortes por suicídio serem maiores em homens, quando analisadas as tentativas de suicídio, prevalecem as mulheres (REUTFORS et al., 2019). Assim como no sexo, a faixa etária mais jovem, em geral, é a mais acometida, entretanto tem grande prevalência também entre os idosos, em

especial nos mais jovens, entre 60 e 69 anos, concordando com o identificado no presente estudo (REUTFORS et al., 2019).

Além de apresentar maiores incidências, existe uma aceleração negativa, mas com número de casos de suicídio crescentes, gerando gastos públicos e sociais significativos (RIBEIRO et al., 2018).

**Gráfico 3** - Evolução da mortalidade hospitalar proporcional por tentativa de suicídio em idosos segundo sexo. Brasil, 2010 – 2019.

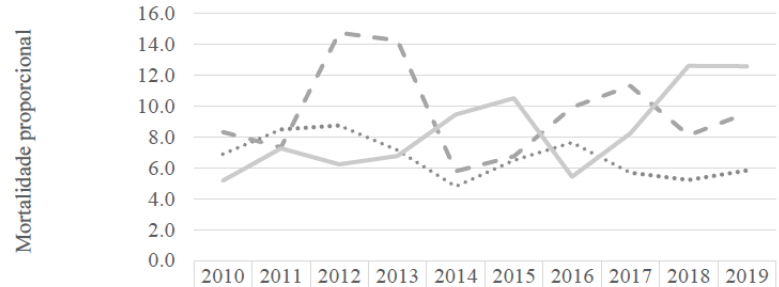



| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Masculino | 5.3 | 8.8 | 10.4 | 6.7 | 5.3 | 6.9 | 8.8 | 7.7 | 6.9 | 8.5 |
| Feminino | 9.8 | 6.5 | 9.2 | 11.7 | 6.2 | 7.9 | 6.6 | 7.4 | 6.9 | 7.0 |

Quanto a evolução da mortalidade segundo faixa etária dentro do grupo de idosos. Os idosos mais idosos, 80 anos ou mais, foram os que apresentaram maior aumento da proporcionalidade quando passou de 5,2% em 2010 para 12,6% em 2019. Os idosos entre 70 e 79 anos também apresentaram crescimento passando de 8,3% para 9,6% nos períodos inicial e final. Os maiores percentuais foram identificados na faixa etária entre 70 e 79 anos nos anos de 2012 e 2013 com mortalidade de 14,8% e 14,3%, respectivamente. A menor mortalidade hospitalar foi observada nos idosos entre 60 e 69 anos no ano de 2014 (gráfico 4).

Estudo realizado na Bahia, mostrou que a mortalidade por suicídio em idosos apresentou tendência crescente no período estudado e foi mais elevada no sexo masculino (CARMO et al., 2018).

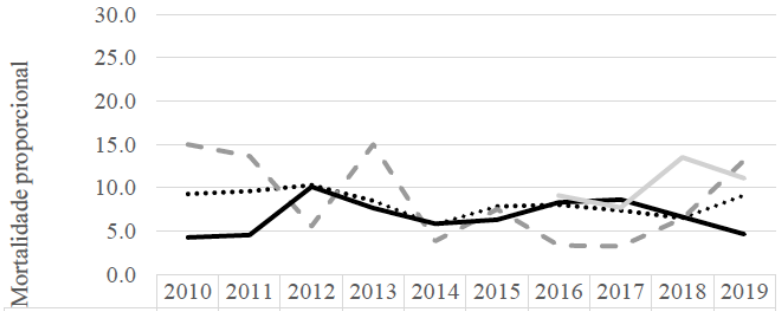
**Gráfico 4** - Evolução da mortalidade hospitalar proporcional por tentativa de suicídio em idosos segundo faixa etária. Brasil, 2010 – 2019.




| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 60 a 69 anos | 6.9 | 8.5 | 8.8 | 7.2 | 4.8 | 6.5 | 7.7 | 5.7 | 5.2 | 5.9 |
| 70 a 79 anos | 8.3 | 7.3 | 14.8 | 14.3 | 5.8 | 6.8 | 9.9 | 11.3 | 8.1 | 9.6 |
| 80 anos e mais | 5.2 | 7.3 | 6.3 | 6.8 | 9.5 | 10.5 | 5.4 | 8.3 | 12.6 | 12.6 |

No tocante a raça/cor da vítima, as maiores proporções foram evidenciadas na amarela nos anos de 2011 e 2013 com 25,0% e a preta nos anos de 2010 e 2013 com 15,0% (gráfico 5). Diferentemente do encontrado no presente estudo, os pardos também apresentaram elevação na a mortalidade por suicídio em 2012, e uma diminuição entre os amarelos em estudo publicado em 2015 (MACHADO; SANTOS, 2015).

**Gráfico 5** - Evolução da mortalidade hospitalar proporcional por tentativa de suicídio em idosos segundo raça/cor do paciente. Brasil, 2010 – 2019.




| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Branca | 9.3 | 9.6 | 10.3 | 8.5 | 5.8 | 7.9 | 8.0 | 7.4 | 6.5 | 9.2 |
| Preta | 15.0 | 13.6 | 5.6 | 15.0 | 3.9 | 7.5 | 3.3 | 3.2 | 6.5 | 13.2 |
| Parda | 4.3 | 4.6 | 10.1 | 7.7 | 5.9 | 6.3 | 8.3 | 8.6 | 6.6 | 4.6 |
| Amarela | | 25.0 | | 25.0 | | | 9.1 | 7.7 | 13.5 | 11.1 |

A pessoa idosa, geralmente não gosta de grandes mudanças em seus hábitos e dos locais onde vivem sendo que, um processo de mudança, como a

institucionalização, pode desencadear vivências traumáticas e de esvaziamento do sentido da vida (GUTIERREZ; SOUSA; GRUBITS, 2015). Somado a isso, o tédio na velhice, também pode despertar a depressão e a manifestação de comportamento suicida entre os idosos (TEIXEIRA; MARTINS, 2018).

Essas mortes são consideradas preveníveis devendo países como o Brasil focar em programas de prevenção embasados no conhecimento sobre fatores de riscos locais respeitando as características regionais (MACHADO; SANTOS, 2015). Devem considerar ainda o conhecimento dos determinantes sociais e econômicos do suicídio como forma de subsídio na formulação de políticas públicas que visem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população (FRAGA; MASSUQUETTI; GODOY, 2017). Somado a isso, é necessário também definição de estratégias para restringir a compra de venenos e agrotóxicos (RIBEIRO et al., 2018) na perspectiva de redução do acesso a materiais que podem, potencialmente ser utilizados na tentativa de suicídio.

## Considerações finais

O presente estudo evidenciou a morbimortalidade hospitalar e seus custos financeiros das tentativas de suicídio entre idosos brasileiros. Os principais resultados evidenciaram os homens com maiores quantitativos de internações e maiores valores totais dessas internações em comparação às mulheres. Contudo, as mulheres apresentaram maior valor médio da AIH assim como maior proporcionalidade dos óbitos ocorridos nos hospitais. Idosos mais jovens apresentaram maiores prevalências de internações e valores destas. Entretanto, quanto maior foi a faixa etária, maior foi a proporcionalidade dos óbitos. Quanto às regiões brasileiras, o Sudeste expressou maior frequência e valor total das internações assim como maiores indicadores dos óbitos e a região Sul maior valor médio da AIH assim como maior média de permanência da internação. Quanto a raça/cor, as pessoas brancas apresentaram maior frequência e valor total das internações, contudo, as pessoas amarelas apresentaram maior valor médio da AIH assim como maior proporcionalidade dos óbitos hospitalares.

Os estudo traz a necessidade do olhar para as diferentes características da tentativa de suicídio nos idosos brasileiros considerando a diversidade regional e individual das ocorrências em especial considerando os desfechos finais como o óbito por suicídio.

As limitações do estudo estão relacionados a possíveis subnotificações das causas de internação relacionadas às tentativas de suicídio, assim como as variáveis relacionadas às características individuais dos usuários como a raça/cor.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALENCAR, A. V. M. DE et al. A Relação entre Depressão e Ideação Suicida na Juventude. **Id on Line REVISTA DE PSICOLOGIA**, v. 12, n. 39, p. 519–532, 2018.

BORBA, L. DE O. et al. Factors Associated With Suicide Attempt By People With Mental Disorder. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, p. 1–9, 2020.

CARMO, É. A. et al. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 27, n. 1, p. e20171971, 2018.

CARVALHO, I. L. DO N. et al. A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 134– 142, 2017.

CHOO, C. C. et al. Clinical assessment of suicide risk and suicide attempters' self-reported suicide intent: A cross sectional study. **PLoS ONE**, v. 14, n. 7, p. 1–11, 2019.

CNS, C. N. DE S. **Resolução no 510, de 07 de abril de 2016Diário Oficial da União**Brasília, BrasilDiário Oficial da União, , 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>

CONTRERAS, M. L.; DÁVILA CERVANTES, C. A. Adolescentes en riesgo: factores asociados con el intento de suicidio en México. **Gerencia y Políticas de Salud**, v. 17, n. 34, 2018.

CZERNIN, S. et al. Cost of attempted suicide: A retrospective study of extent and associated factors. **Swiss Medical Weekly**, v. 142, n. JULY, p. 1–10, 2012.

DATASUS. **Notas Técnicas - Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência – a partir de 2008**BrasíliaMinistério da Saúde. DATASUS, , 2020.

DEL-BEN, C. M. et al. Emergências psiquiátricas: Manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina (Brazil)**, v. 50, p. 98–112, 2017.

DORAN, C. M. et al. The impact of a suicide prevention strategy on reducing the economic cost of suicide in the new south wales construction industry. **Crisis**, v. 37, n. 2, p. 121–129, 2016.

FERREIRA JUNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 02, n. 01, p. 15–28, 2015.

FRAGA, W. S. DE; MASSUQUETTI, A.; GODOY, M. R. Determinantes Socioeconômicos Do Suicídio No Brasil E No Rio Grande Do Sul. **Revista Econômica**, p. 1–20, 2017.

FUKUMITSU, K. O. et al. Suicídio: Uma análise da produção científica brasileira de 2004 a 2013. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 02, n. 01, p. 5–14, 2015.

GUTIERREZ, D. M. D.; SOUSA, A. B. L.; GRUBITS, S. Suicidal ideation and attempted suicide in elderly people – subjective experiences. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1731–1740, 2015.

KIKHAVANI, S. et al. Socioeconomic Inequality in Self-immolation, between Genders; Oaxaca-Blinder Decomposition, Results of Registration-Based Suicide Data. **Bulletin of Emergency and Trauma**, v. 7, n. 4, p. 399–403, 2019.

KNIPE, D. W. et al. Socioeconomic position and suicidal behaviour in rural Sri Lanka: a prospective cohort study of 168,000+ people. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 54, n. 7, p. 843–855, 2019.

KRYCHIW, J. K.; WARD-CIESIELSKI, E. F. Factors related to suicide's unpredictability: a qualitative study of adults with lived experience of suicide attempts. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 14, n. 1, 2019.

LI, M.; KATIKIREDDI, S. V. Urban-rural inequalities in suicide among elderly people in China: A systematic review and meta-analysis. **International Journal for Equity in Health**, v. 18, n. 1, p. 1–15, 2019.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189–201, 2003.

LU, L. et al. Gender difference in suicidal ideation and related factors among rural elderly: a cross-sectional study in Shandong, China. **Annals of General Psychiatry**, v. 19, n. 1, p. 1–9, 2020.

MACHADO, D. B.; SANTOS, D. N. DOS. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n. 1, p. 45–54, 2015.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicide attempts by elderly women– from a gender perspective. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1721–1730, 2015.

MOREIRA, R. M. M. et al. Análise epidemiológica dos óbitos por suicídio. **SANARE, Sobral**, v. 16, n. 1, p. 29–34, 2017.

O'CONNOR, R. C. et al. A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: a randomised controlled trial. **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 6, p. 451–460, 2017.

PEDROSA, N. F. N. C. et al. Análise Dos Principais Fatores Epidemiológicos Relacionados Ao Suicídio Em Uma Cidade No Interior Do Ceará. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 6, n. 4, p. 399, 2018.

REUTFORS, J. et al. Risk Factors for Suicide and Suicide Attempts Among Patients With Treatment-Resistant Depression: Nested Case-Control Study. **Archives of Suicide Research**, v. 0, n. 0, p. 1–15, 2019.

RIBEIRO, N. M. et al. Análise da Tendência Temporal do Suicídio e de Sistemas de Informações em Saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–11, 2018.

SAGAR, R. et al. The burden of mental disorders across the states of India: the Global Burden of Disease Study 1990–2017. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 2, p. 148–161, 2020.

SGOBIN, S. M. T. et al. Direct and indirect cost of attempted suicide in a general hospital: cost-of-illness study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 3, p. 218–226, 2015.

SHEPARD, D. S. et al. Suicide and Suicidal Attempts in the United States: Costs and Policy Implications. **Suicide & life-threatening behavior**, v. 46, n. 3, p. 352–362, 2016.

SILVA, R. M. DA et al. The influence of family problems and conflicts on suicidal ideation and suicide attempts in elderly people. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1703–1710, 2015.

TEIXEIRA, S. M. O.; MARTINS, J. C. O. O suicídio de idosos em Teresina: fragmentos de autópsias psicossociais. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 262–270, 2018.

VASCONCELOS NETO, P. J. DE A. et al. Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: A global imperative** Geneva World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564878_eng.pdf?sequence =8>.

ZALAR, B. et al. Suicide and suicide attempt descriptors by multimethod approach. **Psychiatria Danubina**, v. 30, n. 3, p. 317–322, 2018.

ZHENG, L. et al. Development of an early-warning system for high-risk patients for suicide attempt using deep learning and electronic health records. **Translational Psychiatry**, v. 10, n. 1, 2020.

ЗИНЧУК, М. С. et al. Суицидальность в позднем возрасте : социокультуральные и клинические факторы риска. p. 104–111, 2018.

# DIVULGAÇÃO DO CÂNCER BUCAL EM IDOSOS NAS MÍDIAS SOCIAIS

Andrea Márcia da Cunha Lima[1]
Carmem S L D Piagge[2]
Túlio Pessoa de Araújo[3]
Cláudia Batista Melo[4]

**Resumo:** O Brasil é o terceiro país do mundo em taxa de câncer bucal, o que representa um problema de saúde pública. Com uma etiologia multifatorial, esta doença acomete mais homens acima de 40 anos. A falta de informação da população sobre a prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal, leva a diagnósticos tardios e, consequentemente, piores resultados de tratamento e prognósticos. O objetivo deste trabalho foi verificar por meio de uma revisão de literatura as informações sobre o câncer bucal em idosos divulgadas nas mídias sociais. A busca foi realizada nos bancos de dados eletrônicos SCIELO, LILACS e PUBMED, utilizando as palavras-chave mídias sociais, câncer bucal, informação, prevenção e idoso, no período de 2010 a 2019. Foram selecionados 316 artigos a partir do título e, após leitura dos resumos, foram selecionados apenas 5 artigos, que forneceram informações para compor os resultados. Existem muitas informações nas mídias sociais digitais acerca de diferentes temas, porém escasso conteúdo sobre câncer bucal na população idosa. O câncer bucal em idosos tem um prognóstico favorável quando diagnosticado nas suas fases iniciais, no entanto torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias que possam facilitar o acesso à informação,

1 Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal da Paraíba- PB, andrealima2006@gmail.com;

2 Profa Curso de Odontologia e Mestrado Profissional em Gerontologia da UFPB, carmem.piagge@gmail.com;

3 Prof Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba- PB, tuliopessoadearaujo@gmail.com;

4 Profa Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba – PB, claudiabmelo@gmail.com;

de maneira eficaz e de boa qualidade, possibilitando o diagnóstico precoce e a prevenção dessa doença.

**Palavras-chave:** Mídias sociais, Câncer bucal, Informação, Prevenção, Idoso.

## Introdução

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2005) define como idoso, indivíduos a partir 65 anos de idade para os países desenvolvidos e de 60 anos ou mais para as pessoas de países subdesenvolvidos. Tanto no Brasil, como em diversos outros países em desenvolvimento, a população idosa vem crescendo de forma muito rápida e progressiva (GENARI et al., 2015).

A preocupação com a saúde do idoso é hoje um dos pontos principais no que tange à manutenção do envelhecimento ativo. Envelhecer de forma ativa é preservar o potencial físico, social e mental, ao longo do curso da vida. Para tanto, os indivíduos devem não só poder participar ativamente da sociedade, mas devem ter cuidados necessários e adequados para que isso possa ocorrer (MANSO, 2017).

O envelhecimento associa-se a um risco maior no aparecimento de cânceres e doenças cardiovasculares, entre outras. Estas doenças, associadas ao processo fisiológico do envelhecimento, podem tornar o idoso dependente e ocasionar a perda de sua autonomia. O que se espera, no entanto, é que os eventos fatais entre os idosos em velhice avançada não sejam precedidos de longos períodos de doenças, incapacidade e sofrimento (MANSO; GALERA, 2015).

Dentre os principais desafios estão a oferta de serviços de saúde para a demanda crescente de idosos, os quais, devido ao padrão de doenças crônicas e múltiplas, constituem a faixa etária que mais demanda internações, cuidados permanentes, medicações e exames (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Além do mais, quanto maior a idade, maior a exposição das pessoas aos fatores cancerígenos (FREITAS et al., 2016).

O câncer é definido como crescimento e multiplicação descontrolado de vários tipos de células que se dividem de forma extremamente rápida, silenciosa e agressiva, adentrando e se espalhando nos tecidos e órgãos. Essa patologia é responsável por causar mais que 12% de óbitos no mundo (INCA, 2017).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a estimativa para cada ano do triênio 2020-2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer no Brasil. Dentre os quais, o número de casos novos de câncer da cavidade oral estimado é de 11.200 casos em homens e de 4.010 em mulheres. O câncer da cavidade oral em homens é o quinto mais frequente nas Regiões Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste (INCA, 2019).

ISBN 978-65-86901-26-9

Câncer de boca pode ser definido como uma neoplasia maligna que se origina nos tecidos que compõem o aparelho bucal. São incluídos nesta região: lábios, língua, assoalho bucal, palato, glândulas salivares, ossos gnáticos e mucosa oral (RIVERA, 2015). Possui uma etiologia multifatorial e acomete mais os homens acima dos 40 anos de idade.

Os fatores de risco para a doença podem ser extrínsecos, tais como o álcool e tabaco, agentes físicos e micro-traumas mecânicos e intrínsecos, como estados sistêmicos ou generalizados. Dentre os estados sistêmicos a desnutrição, anemia por deficiência de ferro, deficiência de vitamina A e suscetibilidade genética. Algumas infecções virais, tipo papiloma vírus humano (HPV) e o Epstein-Barr vírus (EBV) onde na grande maioria das vezes de forma assintomática, interferem negativamente no diagnóstico precoce (FREITAS et al., 2016; TORRES; SBEGUE; COSTA, 2016).

Essa doença ocorre muitas vezes de forma silenciosa e ao mesmo tempo ágil, provocando inúmeras sequelas tanto na função do indivíduo quanto na estética. Dentre essas, as mais recorrentes são: alteração da fonética, dificuldade de alimentação, mastigação, diminuição da salivação, perdas dentárias, ósseas ou de tecido mole. Em estágios clínicos avançados, com presença de metástase para outros tecidos, é muito comum a presença de deformidades estéticas e/ou funcionais, invalidez e até mesmo morte (PINHEIRO, 2019).

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).

O Brasil é o terceiro país do mundo em taxa de câncer de boca (FREITAS et al., 2016), o que significa um grande problema de saúde pública, principalmente por ser uma doença pouco conhecida, que geralmente tem diagnósticos tardios. Isso ocorre principalmente devido à falta de informação da população geral, dos profissionais de saúde, inclusive os da odontologia, no que se refere a prevenção e diagnóstico precoce dessa doença (TORRES; SBEGUE; COSTA, 2016).

Quando o câncer bucal é diagnosticado em fases iniciais, seu tratamento tem prognóstico excelente com probabilidade total de cura, o que resulta em procedimentos menos invasivos e de menor custo. As complicações no tratamento podem ser minimizadas, com intervenções mais conservadoras e

ISBN 978-65-86901-26-9

melhores resultados estéticos e funcionais, bem como psicológicos (GOMES-FERRAZ; REZENDE; CARLO, 2019; CASOTTI et al., 2016).

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).

Tendo em vista a importância do diagnóstico precoce e da prevenção do câncer bucal em idosos, o objetivo deste trabalho foi buscar por meio de uma revisão da literatura os aspectos da divulgação do câncer bucal em idosos nas mídias sociais.

## Metodologia

Esta pesquisa utilizou como metodologia a revisão de literatura e caracterizou-se por analisar informações disponibilizadas em estudos relevantes sobre o câncer bucal nas mídias digitais.

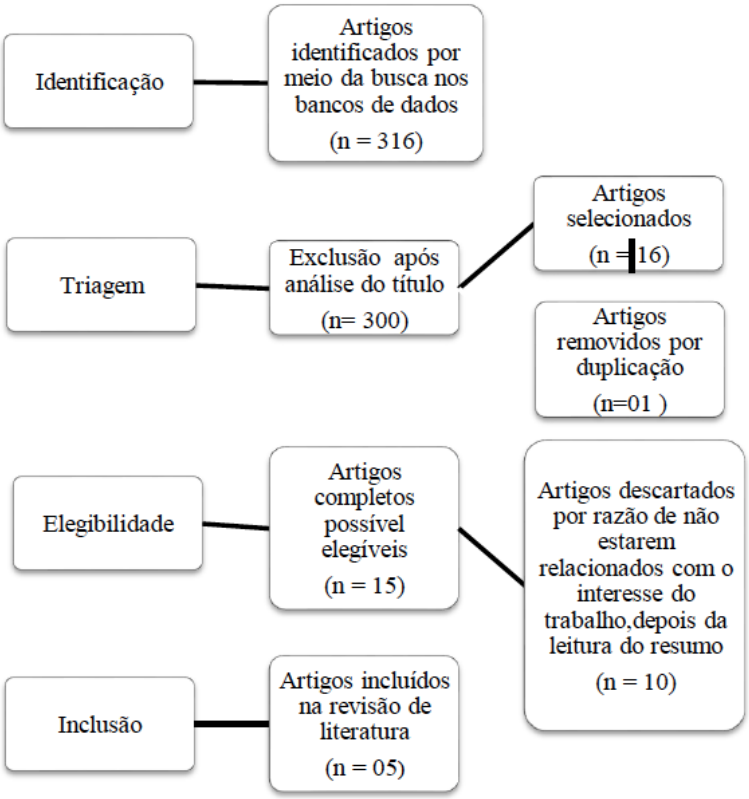
Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca entre os meses de julho à agosto de 2019 nos seguintes bancos de dados eletrônicos: SCIELO, LILACS e PUBMED, sendo selecionados artigos de 2010 até 2019. Foi utilizada a combinação das palavras: mídias sociais, câncer bucal, informação, prevenção e idoso, como palavras chaves.

Após as revisões e leitura dos artigos dos periódicos, foram selecionados os que tiveram maior relevância com base no proposto pela pesquisa.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre 2010 a 2019, com idioma em português, espanhol e inglês, que abordassem o tema da revisão. E dentre os critérios de exclusão, os artigos que não tinham como foco à abordagem do câncer bucal nas mídias digitais e pesquisas incompletas.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Figura 1.** Processo de seleção amostral dos artigos identificados sobre câncer bucal em idosos e aspectos da divulgação nas mídias sociais.




Fonte: Pesquisa direta, 2019

## Resultados e discussão

Foram selecionados 15 artigos a partir do título e resumo. Após leitura dos resumos e com a aplicação dos demais critérios estabelecidos foram excluídos 10, resultando a amostra final de 5 artigos que se enquadravam no contexto do trabalho.

Da amostra final de cinco artigos, dois foram de autores brasileiros, publicados nas revistas: Revista Brasileira de Cancerologia e Revista Gaúcha de Odontologia e três de autores estrangeiros, sendo um dos EUA e dois do Reino Unido), publicados nos periódicos: *Journal of Public Health Dentistry* e *Oral Diseases*.

As informações foram coletadas para compor e descrever os resultados, como demonstra quadro 1.

**Quadro 1.** Definição dos artigos da amostra sobre câncer bucal em idosos e aspectos da divulgação nas mídias sociais, segundo título, autor, ano, país, tipo de estudo, objetivo e resultados.

| Título | Autor/Ano/ País | Tipo de estudo e Objetivo | Resultado |
|---|---|---|---|
| Confiabilidade e Qualidade das Informações On-line sobre Câncer Bucal: o Panorama Brasileiro | Lima et al 2016 Brasil | Estudo qualitativo<br>Verificar a qualidade das informações fornecidas pelos sites brasileiros sobre câncer bucal. | O assunto prevenção foi o mais recorrente quando comparado à informações específicas sobre o câncer bucal. Alguns sites não apresentavam dados relevantes. |
| English and Spanish oral cancer information on the Internet: a pilot surface quality and content evaluation of oral cancer Web sites. | Irwin et al 2011 Estados Unidos | Estudo quali-quantitativo<br>Avaliar a qualidade dos conteúdos on line em inglês e espanhol sobre o câncer e discutir implicações de saúde pública odontológica. | Sites nos dois idiomas apresentaram maiores informações à cerca da apresentação clínica, fatores de risco e etiologia do câncer de boca. Os sites em inglês obtiveram uma melhor qualidade o que coloca a população hispânica em desvantagem em relação às informações sobre câncer bucal |
| YouTube as a source of information on mouth (oral) cancer | Hassona et al 2016 Reino Unido | Pesquisa quali-quantitativa<br>Analisar o conteúdo do YouTube sobre câncer bucal. | Conteúdos produzidos por usuários foram menos úteis comparados com os produzidos por profissionais de saúde. Os vídeos mais úteis foram os menos visualizados e não houve correlação significativa entre a utilidade do vídeo e taxa de visualização. |
| Dentistry and the social media | Pereira 2017 Brasil | Estudo exploratório com abordagem quali-quantitativa. Identificar o desempenho e tema dos estudos qualitativos sobre as mídias sociais na Odontologia. | Permitiu rastrear o perfil de comportamento sobre as publicações, nas áreas do conhecimento relacionada a Odontologia. |
| The online attention to oral cancer research: An Altmetric analysis | Hassona et al 2019 Reino Unido | Pesquisa qualitativa para Identificar e analisar artigos sobre o câncer de boca que concentram informações on-line. | Os 100 principais artigos on-line discutiam principalmente tópicos relacionados ao tratamento e qualidade de vida. |

ISBN 978-65-86901-26-9

Os principais veículos de comunicação sofreram alterações ao longo do tempo. No mundo atual e hiper conectado, o uso das chamadas mídias digitais, que incluem as redes sociais e qualquer outro tipo de comunicação feita por meio de internet, tem facilitado a disseminação de informações sobre saúde de forma cada vez mais rápida e abrangente. As pessoas anseiam

cada vez mais por solucionar dúvidas relacionadas à diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças como o câncer bucal nesses canais de comunicação, principalmente pela facilidade do livre acesso à informação, em qualquer momento do seu dia e em qualquer lugar (HEY et al., 2016).

A sociedade está em constante mudança, tanto em questões tecnológicas quanto na expectativa de vida do idoso. Isso ocasiona a procura e interesse dessa população pelos meios tecnológicos. Com a tecnologia, a busca de informação se tornou muito mais prática, rápida e acessível, de maneira instantânea (CORREIA; ALMEIDA; ROCHA, 2020).

O uso das mídias sociais digitais passou a ser um aliado ao ócio e tornou-se uma distração para a população idosa (DELLARMELIN; FROEMMING, 2015). A internet não é apenas uma ferramenta voltada apenas para o lazer, mas é totalmente viável para a aquisição de aprendizados e inserção social. Então, levando em consideração que o mundo está vivenciando a era da informação, é importante que o idoso utilize cada vez mais a internet para que ele possa aproveitar de seus benefícios (SILVA; PEREIRA; FERREIRA, 2016).

Além de trazerem benefícios para todos e, principalmente, para a terceira idade, as mídias sociais são como um exercício de memória, que aumenta a autoestima dessa população. A Internet não tem idade e alcança inúmeros públicos; deixando de ser apenas uma rede de pesquisas e passando a fazer parte diretamente da vida das pessoas, rompendo barreiras estabelecidas pela própria sociedade (CORREIA; ALMEIDA; ROCHA, 2020).

Diante disso, cabe observar que as mídias sociais têm se apresentado como uma plataforma útil para discussões informais sobre cuidados de saúde, dada a capacidade de conexão entre os usuários e o feedback em tempo real (LEDFORD, 2018; THOMAS, 2018).

Essa realidade impõe que também ocorra reconfiguração da relação entre profissional do setor de saúde e usuário, em que seja considerada sua dimensão tecnológica e digital, na oferta e na busca de cuidado, com seus possíveis impactos na promoção da saúde, nos tratamentos e até mesmo em processos de adoecimento (DE AGUIAR, 2018).

ISBN 978-65-86901-26-9

No contexto internacional, os estudos já reconhecem a utilidade das mídias sociais como ferramentas para a promoção, fornecimento e disseminação de informações de saúde, a exemplo do Facebook, Twitter, Instagram e YouTube (CURRAN et al, 2017; PANDER et al, 2014; KELLY et al, 2016).

No Brasil, as redes sociais Facebook e WhatsApp apresentam o uso mais expressivo entre os idosos. Uma pesquisa realizada em 2016 pelo Serviço de Proteção ao Crédito (SPC Brasil) e pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (CNDL), mostrou que aproximadamente 50% dos idosos brasileiros (60 anos ou mais) usavam as redes sociais virtuais e que 39% as utilizavam diariamente, sendo o Facebook a rede social virtual mais acessada. Para realizar o acesso foi demonstrado que 61% navegam via celular, 53% usam os computadores tradicionais, 37% o notebook e 11% Tablet (SILVEIRA; PARRIÃO; FRAGELLI, 2017).

Segundo Ladaga et al. (2018) uma pesquisa sobre o WhatsApp identificou que os profissionais de saúde o utilizam para disseminação de informações de saúde, troca de informações e tomada de decisão clínica entre os profissionais, apoio social a pacientes durante tratamento, disseminação de orientações de saúde, bem como para aprendizado.

O estudo de Passos (2019), aborda a importância das mídias sociais utilizadas por profissionais da área de saúde para disseminar informações sobre saúde por mãos qualificadas e verídicas. E aponta ainda que, dentre esse canal de informação, a que se destacou de forma mais eficiente foi o instagram por seus conteúdos publicados e transmissões desses profissionais desta área.

Pode-se dizer que as redes sociais configuram- se como um importante espaço de interação que oferece uma plataforma conveniente para o compartilhamento de informações e circulação de discursos e transmissão de informações. Todavia, no campo da saúde, acredita-se que tal potencial deve ser mais bem explorado (QUEIROZ; SOUSA, 2017; TEO, 2019).

As mídias sociais e internet viabilizam o acesso à informação, pois os idosos procuram nesse tipo de veículo não só entretenimento, mas principalmente informações sobre saúde e melhor qualidade de vida. De acordo com o estudo realizado por Skura et al. (2013) sobre as mídias sociais digitais e a terceira idade, observou-se que a maioria dos idosos estudados (45,46%) usavam o computador frequentemente (no mínimo, três vezes por semana, e por pelo menos uma hora por dia), tendo como maior objeto de interesse a busca de notícias (27,77%) e a procura de informações sobre saúde (22,22%).

Cruz et al. (2017) explicam que no dia a dia se percebe que o idoso usa as redes sociais para contato com a família ou grupos de amigos. As mídias possibilitam para ele um meio rápido de comunicação. Nos dias atuais a terceira idade utiliza esse meio como forma de promoção de saúde tanto mental, quanto física. A Internet o aproxima a possibilidades e diferentes aprendizados. O uso das mídias sociais (Facebook, WhatsApp, Instagram, entre outros) proporcionam efeitos positivos na qualidade de vida dos idosos, colaborando com a sua inserção na sociedade (CORREIA; ALMEIDA; ROCHA, 2020).

Sendo assim, as mídias sociais digitais, atuando da forma correta se configuram como um importante recurso na transmissão de informações de saúde, servindo como meio para fomentar debates importantes dentro da sociedade. Isso torna-se relevante quando se fala de doenças onde a prevenção e o tratamento adequado nas fases iniciais resultam em melhores prognósticos.

No Brasil, as estratégias de prevenção do câncer de boca estão focadas principalmente no combate aos principais fatores de risco para desenvolvimento da doença, que são o tabagismo, etilismo e exposição solar, fatores estes que são modificáveis. Esse fato demonstra o quão importante é a prevenção primária na redução dos índices de câncer bucal no país (PEREIRA, 2017; RANGEL; LUCIETTO; STEFENON, 2018).

É importante salientar que nem sempre o público alvo atingido pelas diversas campanhas de prevenção do câncer bucal representam o verdadeiro grupo de risco para essa doença, que são homens entre 60 e 70 anos (NEMOTO et al., 2015).

As mídias sociais podem ser usadas com o intuito de propagar às estratégias de prevenção primárias, secundárias e terciárias do câncer de boca. Para isso é necessário que os profissionais da saúde tenham dimensão da importância de usar as mídias sociais como um aliado nessa tarefa, assim como tenham a habilidade de repassar as informações de forma mais clara, objetiva e verídica possível (FERNANDES; CALADO; ARAÚJO, 2018).

Esse recurso pode ser usado como uma ferramenta educacional simples, eficaz e de baixo custo tanto à nível informativo em websites e redes sociais, quanto em programas de educação em saúde, ambulatórios e Unidades de Saúde da Família, associadas à atuação de profissionais capacitados a fim de instigar a prevenção de doenças como o câncer bucal na população (ABRANCHES et al., 2018).

A criação de ferramentas online como vídeos educativos e websites se mostraram eficazes não só como estratégia de informação em saúde, mas

também como forma de aumentar a busca por assistência especializada em centros de referência ambulatoriais. Cabe salientar, que para atingir resultados positivos é necessário que se tenha em mente o tipo de estratégia a ser desenvolvida, a compreensibilidade do conteúdo transmitido e o público alvo ao qual se destina (ABRANCHES et al., 2018).

Inúmeras informações sobre o câncer bucal estão disponíveis em websites na internet. No entanto, quando se analisa o conteúdo sobre o câncer bucal, verifica-se que os sites brasileiros abordam mais frequentemente o tema prevenção do que os sites em língua estrangeira (inglês/espanhol), que produzem mais conteúdo relacionado à informações específicas sobre o câncer bucal, tais como apresentação clínica, etiologia da doença, fatores de risco e tratamento (IRWIN et al., 2011; LIMA; SILVA; PEREIRA, 2016; HASSONA et al., 2019).

Apesar do acesso à informação por meio das mídias sociais ser um aliado na educação em saúde, nem sempre as informações disponíveis são totalmente confiáveis. Na busca por diversos assuntos é possível encontrar conteúdos questionáveis quanto a sua veracidade, uma vez que a facilidade na criação de páginas, vídeos e edição de conteúdos na internet podem ser elaborados por pessoas que não sejam profissionais da área de saúde ou ligados a instituições acadêmicas (LIMA; SILVA; PEREIRA, 2016).

Hassona et al. (2016) realizou um estudo sobre o uso do Youtube como fonte de informação sobre câncer de boca na língua inglesa observando que dos 188 vídeos analisados, 152 tratavam sobre a prevenção da doença, enquanto 36 eram vídeos sobre a experiência de usuários sobre o processo de adoecimento. Estes vídeos são os mais atrativos e com maior visibilidade dentro das redes sociais.

Ainda assim, com auxílio dos recursos das mídias sociais torna-se possível divulgar também informação de qualidade e baseada em evidência científica. Entretanto, muitas das informações de qualidade disponíveis se mostram de difícil entendimento, principalmente para pessoas com baixa escolaridade e para os idosos que já sofrem com as perdas fisiológicas da senescência. A limitada capacidade de leitura, concentração insuficiente e analfabetismo funcional faz com que hajam obstáculos na compreensão e análise crítica dos temas procurados (VARELLA-CENTELLES et al., 2015).

Portanto é necessário que os profissionais e pesquisadores da área de saúde desenvolvam estratégias para disseminar seu trabalho nas plataformas digitais da forma mais clara possível, buscando atingir principalmente o

público não acadêmico (HASSONA et al., 2019). Desse modo a divulgação da informação de forma mais objetiva e menos técnica, empregando termos mais acessíveis para compreensão da mensagem, tornando o veículo de comunicação mais eficaz (VARELLA- CENTELLES et al., 2015).

Dessa forma sites on-line, assim como veículos de comunicação em massa como as redes sociais, devem ser bem estruturados e confiáveis, produzidos por profissionais competentes e qualificados, dispostos a contribuir para a educação em saúde nas mídias digitais (FERNANDES; CALADO; ARAÚJO, 2018).

Além da qualidade da informação em saúde divulgada nas mídias sociais é importante avaliar o acesso da população aos recursos tecnológicos essenciais à esse tipo de comunicação, reduzindo as barreiras físicas do acesso à informação. Além das questões geográficas, que dizem respeito à diferença de cobertura de áreas urbanas e rurais, das questões culturais, como nível socioeconômico e consequente nível de escolaridade, as desigualdades sociais configuram um dos maiores impedimentos à aquisição de tecnologia e acesso à internet pelas camadas mais pobres da população, somado a isso faltam espaços de acesso à computadores e rede oferecidos de forma gratuita (CASADEI; BENNEMANN; LUCENA, 2019).

Contudo, na população mais idosa, a barreira mais expressiva diz respeito à dificuldade no manejo da tecnologia. Indivíduos da terceira idade sentem uma maior dificuldade no que diz respeito ao letramento digital, que define-se como uso das várias ferramentas tecnológicas nos meios digitais com a finalidade de realizar atividades diárias, como acesso à internet e pagamento de contas (SILVEIRA; PARRIÃO; FRAGELLI, 2017).

Essas dificuldades se justificam em todas as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, que acarretam prejuízos para as funções cognitivas como a redução do tempo de reação, da memória, da atenção e da concentração, da acuidade visual, da audição e da motricidade, tornando ainda mais difícil para os idosos a utilização da tecnologia (CASADEI; BENNEMANN; LUCENA, 2019).

Além das barreiras físicas, a questão cultural e psicológica, como a incerteza com relação ao uso da tecnologia moderna e da rapidez cada vez maior de sua renovação, também impactam no acesso às mídias, principalmente por parte da parcela idosa da população (GOMES-FERRAZ; REZENDE; CARLO, 2019). Na análise realizada por Farias et al. (2015), sobre a inclusão digital na terceira idade, percebeu-se que grande parcela dos idosos

entrevistados tinham uma "percepção de inaptidão" com relação ao uso de tecnologias, evidenciando o caráter de obstáculo que a tecnologia pode representar para algumas pessoas dessa faixa etária.

Ressalta-se que nem sempre o acesso à tecnologia significa inclusão nos meios digitais. Um estudo realizado por Silva (2016) evidenciou que apesar da maioria dos idosos da amostra possuírem acesso à computadores (69,74%) e celulares (84,21%), menos da metade do grupo (44,74%) fazia uso de rede social e e-mail (42,10%).

A inclusão digital propicia uma série de aprendizagens e seu uso pode ser uma ferramenta eficaz no retardo dos declínios cognitivos e de memória que podem acometer alguns idosos. Dessa forma, é importante reverter esse cenário buscando aliar a tecnologia, que tem se mostrado um recurso cada vez mais usado para se adquirir informações por parte da parcela idosa da população às estratégias de educação em saúde. Além dos benefícios no que diz respeito à qualidade de vida dos idosos, potencializa a autonomia e participação na sociedade, assim como no maior acesso dessa população à informações de prevenção e diagnóstico precoce de doenças tais como câncer de boca (SANTOS et al., 2019; ANTUNES; ABREU, 2017).

É necessário aliar a autonomia oferecida pelas mídias sociais digitais ao acesso às informações de qualidade, para que a partir disso, a população idosa seja capaz de conhecer os determinantes do adoecimento e modificar seus hábitos, mitigando os fatores de risco; maximização a capacidade de realizar o diagnóstico precoce e nos casos já constatados diminuir as complicações secundárias (PEREIRA et al., 2017).

## Considerações finais

Existem muitas informações nas mídias sociais digitais acerca de diferentes temas, porém não há uma quantidade significativa quando o conteúdo é sobre câncer bucal na população idosa. Quando esse tema é abordado, encontram-se mais informações acerca do tratamento do que sobre sua prevenção. O câncer bucal em idosos tem um prognóstico favorável quando diagnosticado nas suas fases iniciais, no entanto torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias que possam facilitar o acesso à informação, de maneira eficaz e de boa qualidade, possibilitando o diagnóstico precoce e a prevenção dessa doença.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABRANCHES, D.C. et al. Prevenção do câncer bucal: desenvolvimento e avaliação de um website educacional. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 36, n.3, p.174-181, set. 2018.

ANTUNES, M. C. P; ABREU, V. R.l M. As novas tecnologias na promoção do envelhecimento bem-sucedido. **Ensino e Tecnologia em Revista**, v. 1, n. 1, p. 3-15, 2017.

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.

CASADEI, G.R.; BENNEMANN, R.M.; LUCENA, T.F.R. Influência das redes sociais virtuais na saúde dos idosos. **Enciclopédia Biosfera**, v.16 n.29, p. 1962-1975, 2019.

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.

CORREIA, E.; ALMEIDA, A.; ROCHA, R. Mídias sociais e terceira idade: influência na prática de atividade físicas e recreativas. **Caderno Intersaberes**, v. 9, n. 17, 2020.

CRUZ, A. et al. Consumo das redes sociais digitais pela terceira idade. In: **Anais do 40º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Curitiba-PR**. 2017. p. 1-14.

CURRAN V. et al. A Review of Digital, Social, and Mobile Technologies in Health Professional Education. **J Contin Educ Health Prof**., v. 37, n. 3, p. 195-206, 2017.

DE AGUIAR, A. C. L. et al. Blog como ferramenta educacional: contribuições para o processo interdisciplinar de educação em saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 2, 2018.

DELLARMELIN, M. L.; FROEMMING, L. M. S. Vovôs conectados: análise da utilização das redes sociais pelos idosos. In: **XV Mostra de Iniciação Científica, Pós-graduação, Pesquisa e Extensão**. 2015.

FERNANDES, L. S.; CALADO, C.; ARAUJO, C.A. S. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.10, p.3357-3368, maio, 2018.

FREITAS, R. M. et al. Fatores de risco e principais alterações citopatológicas do câncer bucal: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de análises clínicas, Rio de Janeiro**, v. 48, n. 1, p. 13-8, 2016.

GENARI, B. et al. Tecnologias de informação e comunicação na educação da Odontologia: estudo transversal de uma população do sul do Brasil. **Revista da ABENO**, v. 15, n. 2, p. 56-64, 2015.

GOMES-FERRAZ, C.A.; REZENDE, G.; CARLO, M.M.R.P. Uso de tecnologia de comunicação alternativa na avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cabeça e pescoço. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, p.61-71, 2019.

HASSONA, Y. et al. The online attention to oral cancer research: An Altmetric analysis**. Oral diseases**, 2019.

HASSONA, Y. et al. YouTube as a source of information on mouth (oral) cancer. **Oral diseases**, v. 22, n. 3, p. 202-208, 2016.

HEY, A.P. et al. Meios de comunicação utilizados pelos pacientes: informações sobre o câncer após o diagnóstico e durante o tratamento. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4697-4703, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Rio de Janeiro: Inca, 2017.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2020**. **Incidência de Câncer no Brasil.** Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2019.

IRWIN, J. Y. et al. English and Spanish oral cancer information on the Internet: a pilot surface quality and content evaluation of oral cancer Web sites. ***Journal of public health dentistry***, v. 71, n. 2, p. 106-116, 2011.

KELLY B. S. et al. The use of Twitter by radiology journals: an analysis of Twitter activity and impact factor**. J AM Coll Radiol,** v. 13, n. 11, p. 1391-1396, 2016.

LADAGA F. M. A. et al. WhatsApp, uma ferramenta emergente para a promoção da saúde. **Enciclopédia Biosfera,** v. 15, n. 28, p. 1370-1384, 2018.

LEDFORD, Heidi. How Facebook and Twitter could be the next disruptive force in clinical trials. **Nature**, v. 563, n. 7731, p. 312-316, 2018.

LIMA, E.S.; SILVA, M.A.D.; PEREIRA, A.C. Confiabilidade e qualidade das informações on-line sobre câncer bucal: o panorama brasileiro. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 62, n. 2, p. 129-135, 2016.

MANSO, M. E. G. Envelhecimento, saúde do idoso e o setor de planos de saúde no Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 135-151, 2017.

MANSO, M. E. G.; GALERA, P. B. Perfil de um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 1, 2015.

NEMOTO, R. P. et al. Campanha de prevenção do câncer de boca: estamos atingindo o verdadeiro público-alvo?. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 1, p. 44-49, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. OMS, 2005.

PANDER T. et al. The use of Facebook in medical education--a literature review. **GMS Z Med Ausbild**, v. 31, n. 3, 2014.

PASSOS, K. K. M. **Avaliação da qualidade da informação sobre câncer de boca em língua portuguesa (Brasil) no Google, Youtube e Instagram**. 2019. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco.

PEREIRA, C.A. Dentistry and the social media. **Rev Gaúch Odontol**, v.65, n.3, p. 229-236, 2017.

PINHEIRO, A.P.S. et al. CÂNCER BUCAL: a importância do diagnóstico precoce. **Revista Eletrônica de Ciências Jurídicas**, 2019.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 33, p. e00112516, 2017.

RANGEL,E.B.;LUCIETTO,D.A.;STEFENON,L..AUTOPERCEPÇÃO DE CIRURGIÕES-DENTISTAS SOBRE CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM RELAÇÃO AO CÂNCER DE BOCA **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 12, n. 2, 2018.

RIVERA, C. Essentials of oral cancer.**Int J ClinExpPathol**, S.l, v. 9, n. 8, p.11884-11894, set. 2015.

SANTOS, P.A. et al. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. **Audiology-Communication Research**, v. 24, 2019.

SILVA, D. A. S.; PEREIRA, M. M. O.; FERREIRA, M. C. Terceira Idade e Tecnologia: Um Estudo sobre a Utilização da Internet e do Comércio Eletrônico. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia| RBGE| ISSN 2237-1664**, n. 12, p. 61-87, 2016.

SILVA, M. C. As tecnologias de comunicação na memória dos idosos. **Serviço Social & Sociedade**, n. 126, p. 379-389, 2016.

SILVEIRA, B.O.; PARRIÃO, G.B.L.; FRAGELLI, R.R. Melhor idade conectada: um panorama da interação entre idosos e tecnologias móveis. Revista tecnologias em projeção, v. 8, n. 2, p. 42-53, 2017.

SKURA, I.; VELHO, A. P. M.; FRANCISCO, C. C. B. Mídias sociais digitais e a terceira idade: em busca de uma ferramenta para a promoção da saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 237-249, 2013.

TEO, A. R. et al. Frequency of social contact in-person vs. on Facebook: an examination of associations with psychiatric symptoms in military veterans. **Journal of affective disorders**, v. 243, p. 375-380, 2019.

THOMAS, Kim. Wanted: a WhatsApp alternative for clinicians. **Bmj**, v. 360, p. k622, 2018.

TORRES, S.V.S.; SBEGUE, A.; COSTA, S.C.B. A importância do diagnóstico precoce de câncer bucal em idosos. **Rev Soc Bras Clin Med**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 57-62, jan-mar 2016.

VARELA-CENTELLES, P. et al. Information about oral cancer on the Internet: our patients cannot understand it. British **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 53, n. 4, p. 393-395, 2015.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

# EXPERIÊNCIA CANSADA.

Lucinéia Contiero[1]

**Resumo:** No panorama mundial, a população idosa aumenta significativamente e o contraponto desta realidade aponta que o suporte para essa nova condição não evolui com a mesma velocidade. Diante disto, a preocupação com esse novo perfil populacional vem gerando, nos últimos anos, pesquisas e estudos com o objetivo de fornecerem dados que subsidiem o desenvolvimento de políticas e programas adequados para essa parcela da população que requer cuidados específicos e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento sem segregá-los da sociedade. Este artigo tem como objetivo discutir amplamente a situação social do idoso no Brasil, considerando aspectos psicossociais, com destaque para a importância da experiência e do saber da experiência para as relações familiares e interpessoais. Contribuem com esta abordagem Papalia, Bee, Lima Silva, Neri, Freire, Caldas, Uchoa, Debert, entre outros autores que colaboram para que vejamos comprovado que o fenômeno do envelhecimento da população brasileira nos próximos anos é algo que torna relevante e urgente estudar mecanismos que ajudem essa população a ter uma vida digna e de melhor qualidade.
**Palavras-chave**: idoso, qualidade de vida, experiência, memória.

1 Pós-Doutora em Ciências Aeroespaciais/ Formação Docente; Doutora em Literatura e Vida Social; Professora Associada do Departamento de Práticas Educacionais e Currículo da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, conlucineia@hotmail.com.

## Introdução

A sociedade moderna passa por grandes modificações há décadas. A tecnologia avança, os meios de comunicação bombardeiam com fatos e dados, a vida é cada vez mais agitada, o tempo cada vez menor e as condições econômicas mais difíceis, principalmente à medida que as pessoas vivem mais – condições que exigem alta capacidade de adaptação que o idoso nem sempre possui, fazendo com que essa parcela da população enfrente diversos problemas sociais.

O acelerado crescimento da população idosa no mundo tem suscitado grande interesse em todos os aspectos do processo do envelhecimento, particularmente entre os cientistas sociais (NUSSBAUM et al., 1997). Tal interesse cobre um amplo espectro de fenômenos, entre os quais está a qualidade de vida, a saúde pública, a motivação, os problemas de adaptação, a aposentadoria e o lazer (NEUGARTEN, 1996; FURCHTGOTT & FURCHTGOTT, 1999).

Envelhecer, sabemos, é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e se dá por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É a fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo alcançou muitos objetivos, mas também sofreu perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como idoso um limite de 65 anos ou mais de idade para os indivíduos de países desenvolvidos, e 60 anos ou mais de idade para indivíduos de países subdesenvolvidos. Contudo, a qualidade de vida e o envelhecimento saudável requerem uma compreensão mais abrangente e adequada de um conjunto de fatores que compõem o dia a dia do idoso. Considerando que a qualidade de vida é fundamental à longevidade, este artigo tem por objetivo discutir amplamente a situação social do idoso no Brasil considerando aspectos psicossociais, com destaque para a importância da família e das relações interpessoais, estas capazes de promover saúde mental, física e emocional do idoso através do exercício de ouvir e valorizar a verbalização de suas memórias, de suas histórias, as narrativas orais que definem o sentido de sua existência. Metodologicamente, este trabalho resulta de pesquisas de caráter qualitativo para compilação e recensão de referenciais bibliográficos da área de interesse fundamentais à compreensão do processo de envelhecimento humano e com atenção a um de seus aspectos de maior complexidade: a relação da sociedade moderna com as necessidades

desta parcela populacional brasileira que aumenta a cada dia. Contribuem com esta abordagem Papalia, Bee, Lima Silva, Neri, Freire, Caldas, Debert, entre outros, que nos permitem falar dos...

## *Idosos pela voz de especialistas.*

Especialistas no estudo do envelhecimento têm registrado três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo "idosos jovens" geralmente se refere a pessoas de 65 a 74 anos que permanecem ativas e vigorosas. Os "idosos velhos", de 75 a 84 anos, e os "idosos mais velhos", de 85 anos ou mais, têm maior tendência para a fraqueza e para a enfermidade e podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2006). Ainda que tal categorização seja usual, pesquisas tem revelado que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea, vivida como uma experiência individual. Algumas pessoas, aos 60 anos, por exemplo, já apresentam alguma incapacidade, enquanto que outras estão cheias de vigor aos 85 anos (BEE, 1997). Há ainda a classificação por idade funcional, isto é, o quão bem uma pessoa funciona em um ambiente físico e social em comparação a outras de mesma idade cronológica. Por exemplo, uma pessoa de 90 anos com boa saúde física pode ser funcionalmente mais jovem do que uma de 65 anos (PAPALIA et al., 2006). A distinção entre "idosos jovens", "idosos velhos" e "idosos mais velhos" tem levado à compreensão de que o envelhecimento não é algo determinado apenas pela idade cronológica, antes decorre das experiências vividas, da forma como se vive e se administra a própria vida, das expectativas futuras; é, portanto, uma integração entre vivências pessoais e contexto social e cultural em determinada época, e nele estão envolvidos aspectos biológico, cronológico, psicológico e social.

A velhice começou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais a partir da segunda metade do século XIX. Assim entendida, o avanço da idade é um processo contínuo de perdas e de dependência e sustenta uma identidade de falta de condições aos idosos, responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice (DEBERT, 1999). Comumente, o envelhecimento é associado a doenças e perdas, entendido como um problema médico. Para Neri e Freire (2000), o envelhecimento está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade: "na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma

forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência" (NERI & FREIRE, 2000, p. 8). Essas imagens negativas atravessaram os séculos e, ainda hoje, mesmo com tantos recursos para retardar a velhice e prevenir doenças, é temida por grande número de pessoas.

A velhice é uma experiência individual que pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa, em consonância com a história de vida e da representação enraizada na sociedade em que se vive. Assim, pode-se inferir que não importa a quantidade de anos que o indivíduo conte, mas o que ele fez com os anos vividos, e como a sociedade trata alguém com sua idade. Estudos realizados em sociedades não ocidentais apresentam imagens positivas da velhice e do envelhecimento, atestando que a representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda não é universal, como se poderia supor. Documentada pela antropologia cultural, constata-se que avaliação negativa ou positiva da velhice é um fenômeno profundamente influenciado pela cultura (UCHÔA, 2003). Assim, as concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões complexas, multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias.

Na época contemporânea, ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade, nega aos velhos o seu valor e sua importância social. Vive-se em uma sociedade de consumo na qual apenas o novo é valorizado, o que tem a ver com produção e acumulação de capital. Nesta dura realidade, o velho passa a ser ultrapassado, descartado, fora de moda. O status reduzido das pessoas idosas também se deve ao valor social e cultural à juventude, à beleza, à autonomia, à independência e à habilidade de ser produtivo ou reprodutivo. Assim, "ser velho" assume uma conotação negativa, remetendo à perda de atributos tão valorizados pelo meio social e, simultaneamente, pelo próprio idoso. Para Jones (2006), o significado social relacionado às pessoas mais velhas é amplamente negativo, embora não seja exclusivamente assim. Os estereótipos negativos são atribuídos principalmente pelos próprios idosos, que não se reconhecem como tal e se referem à categoria como se não fizessem parte dela. Uma das razões para esta não aceitação, segundo Berger (1994), é que a cultura costuma enfatizar o crescimento, a força e o progresso, com uma exagerada veneração aos jovens. Outra explicação seria a dificuldade de se interagir com a proximidade da morte. Assim, o preconceito ao velho serviria como fator protetor porque manteria afastadas as ideias de declínio e

de morte. De acordo com Papalia et al. (2006), o envelhecimento é visto em diversas culturas como indesejável. Os estereótipos refletem ideias equivocadas comuns: pessoas idosas são doentes, são rabugentas, são excêntricas. Esses estereótipos são prejudiciais e geram uma imagem distorcida da velhice, pois se sabe que a maioria dos idosos não é doente, além de apresentarem dimensões satisfatórias, positivas de personalidade que teceram ao longo de toda a vida. Para Helman (2005), na sociedade moderna as pessoas idosas tendem a ter um status muito mais baixo, pois, atualmente, é o jovem que frequentemente tem maiores habilidades e um conhecimento mais amplo em determinadas áreas da vida. Os jovens são mais hábeis para absorver e compreender as últimas inovações tecnológicas, e em uma velocidade muito mais rápida. Eles têm acesso a muito mais fontes exteriores de informação do que tiveram seus pais e avós pelos meios de comunicação, livros e internet.

Enquanto construto social, o preconceito à velhice persiste. A idade é uma categoria embutida dentro dela mesma, discutível e obsoleta. Enquanto todos os outros estágios da vida são planejados e construídos social e culturalmente e não existem conflitos para eliminar a infância, a adolescência e a idade adulta do panorama do desenvolvimento humano, a velhice delegada à margem (ANDREWS, 1999), pois ao mesmo tempo em que as pessoas querem viver muito, não querem ficar velhas ou se parecer com velhos.

Atualmente, percebe-se uma proliferação dos termos utilizados para se referir às pessoas que vivem há mais tempo. Entre os mais comuns estão: terceira idade, melhor idade, adulto maduro, idoso, velho, meia-idade, maturidade, idade maior e idade madura (NERI & FREIRE, 2000). Bastante comum é que a maioria das pessoas mais velhas resista a ser chamada de velha. Segundo Ferreira (2000), a palavra "velho" lembra o muito antigo, gasto pelo tempo, experimentado, veterano, que há muito tempo exerce uma profissão ou tem certa qualidade, desusado, obsoleto. Nesta breve definição, os vários sentidos da palavra velho têm peso apenas negativo, como algo já ultrapassado, descartado, descartável. De acordo com Gibson (2000), atitudes preconceituosas e estereótipos sociais estão também incorporados na linguagem e, provavelmente, levarão muitos anos para ocorrerem mudanças. Sua visão é a de a palavra velho significa simplesmente o número de anos que a pessoa viveu.

O termo terceira idade, atualmente tão usado, teve sua origem na França na década de 1960 do século passado, e era utilizada para descrever a idade em que a pessoa se aposentava. A primeira idade seria a infância, que traduziria

uma ideia de improdutividade, mas com possibilidade de crescimento. Já a segunda idade seria a vida adulta, etapa produtiva. Na época em que a expressão terceira idade foi criada, procurou-se garantir a atividade das pessoas depois da aposentadoria, que ocorria na França por volta dos 45 anos. Com o avanço contínuo da esperança de vida, a expressão passou a designar a faixa etária intermediária, entre a vida adulta e a velhice (NERI & FREIRE, 2000). Assim, o uso do termo terceira idade não parece adequado para descrever o grupo de indivíduos com 60 anos ou mais, e traz uma conotação negativa ao termo velhice, porque se compreende que quem está na terceira idade ainda não é velho (ARAÚJO & CARVALHO, 2005). Para Prado, terceira idade é uma criação recente no mundo ocidental: "o fenômeno do envelhecimento populacional, marcante no século XX, empurrou a velhice para idades mais avançadas" (2002, p. 12). Os termos "amadurecer" e "idade madura" também são muito utilizados e significam a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a conquista de papéis sociais e de comportamentos considerados próprios ao adulto mais velho (NERI & FREIRE, 2000, p. 14): "a preferência por termos como terceira idade ou idade madura pode parecer um eufemismo, palavra de origem grega que significa soar bem". Seja qual for o termo usado, fato é que temos...

## *...Um Brasil de idosos.*

Atualmente, o Brasil conta 26 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade. A pirâmide etária ou populacional brasileira que classificava a população conforme a faixa de idade mudou nas últimas décadas. A partir de 1980 do século anterior, uma combinação de fatores começou a provocar mudanças no formato do gráfico. As mulheres passaram a ter menos filhos à medida que a dedicação aos estudos e à carreira crescia. Em quarenta anos, essa mudança de comportamento foi enorme: em 1980, cada brasileira tinha, em média, 4,4 filhos. Atualmente, o índice está abaixo de 1,72 filho por mulher. No mesmo período, a expectativa de vida do brasileiro deu um salto positivo. Até a década de 1980, um adulto vivia, em média, 62/52 anos, sendo que, entre mil adultos que completavam 60 anos de idade, apenas 343,8 alcançavam os 80 anos. Tais índices eram semelhantes aos demais países em desenvolvimento, mas, aos poucos, avanços sociais foram mudando essa realidade no Brasil. Hoje, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o brasileiro vive, em média, 75,8 anos. Algumas razões que levam a uma maior sobrevida

da população estão ligadas diretamente a ações de promoção de saúde, que envolvem não só as tecnologias, como novos tratamentos e exames diagnósticos mais precisos, mas, principalmente, pelo aumento do saneamento básico, diminuição da mortalidade por doenças infectocontagiosas, disseminação das vacinas e antibióticos. Já não é novidade: o que leva as pessoas a viverem mais são hábitos de vida saudáveis, como ter alimentação balanceada, praticar exercícios físicos regularmente, não fumar e evitar uso de bebida alcoólica. Além disso, é fundamental o acesso a serviços de saúde, a saneamento básico a uma vida social ativa.

Foram vários ganhos na área da saúde e em políticas sociais que proporcionaram melhor qualidade de vida aos brasileiros. Combinando esses avanços a uma queda na taxa de fecundidade, o Brasil já enfrenta o mesmo processo de envelhecimento visto em países europeus, por exemplo. Dados oficiais do IBGE confirmam essa mudança profunda e crescente no perfil da população brasileira: em 2004, apenas 9,7% da população tinha 60 anos de idade ou mais. Em apenas uma década, o percentual passou para 13,7. As projeções estimam que até 2030 os idosos representarão 18,6% de todo o país e, em 2050, chegarão a 1/3 de toda a população.

Os ganhos obtidos na promoção da saúde também aumentaram a chance de se chegar a uma idade avançada. Em um grupo de mil pessoas que alcançaram os 60 anos de idade, mais da metade delas, 553, devem chegar aos 80 anos de idade. No Censo de 2010, descobriu-se que o Brasil contava com quase 500 mil idosos com mais de 90 anos de idade. A expectativa é que, em 2060, essa população aumente em mais de dez vezes, chegando a cinco milhões de cidadãos. Importante ressaltar que o processo de envelhecimento não ocorre de maneira homogênea em todo o mundo. Em países desenvolvidos, o crescimento da população idosa é um fenômeno mais antigo, pois as condições ideais para se atingir a longevidade e a redução no número de filhos ocorrem há várias décadas. Mais da metade do crescimento populacional até 2050 se concentrará em nove países: Índia, Nigéria, República Democrática do Congo, Paquistão, Etiópia, Tanzânia, Estados Unidos, Uganda e Indonésia. Internamente, no país, é preciso lembrar que muitas estratégias e políticas públicas são criadas como se essa parcela da população fosse um bloco monolítico, chamada 'idoso' ou 'terceira idade', quando, na realidade, é um público bastante heterogêneo refletindo não apenas as discrepâncias sociais típicas de um país desigual como o Brasil, mas também aquelas próprias da trajetória de cada indivíduo.

Conforme definido pelo Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), a chamada terceira idade começa aos 60 anos, a exemplo do que ocorre em muitos outros países. Chegar a essa faixa etária pode ser complicado, vez que ainda há muito preconceito e desconfiança quanto ao potencial e à capacidade dos indivíduos mais velhos. Não por acaso o termo aposentado deriva de aposento, refletindo a ideia equivocada de alguém que passa o resto de seu tempo de vida enfiado num cômodo da casa, evitando sair à rua para não adoecer. Culturalmente, aqui se construiu uma narrativa associada à decadência, como se a partir de uma determinada idade tudo seguisse para o declínio. Essa ideia contradiz diretamente a informação recente de que indivíduos com mais de 60 anos, no Brasil, são ainda responsáveis por toda a renda familiar em uma porcentagem alarmante. O número de idosos ativos no mercado de trabalho soma 7,2% da população brasileira, mesmo sendo, grande parte, analfabeta ou semianalfabeta. Em quase uma década, a participação desse grupo aumentou 35,8% e, tanto por isso, a disseminação do vírus Covid, neste ano de 2020, que colocou em maior fragilidade essa faixa etária, afetou sobremaneira a economia brasileira e agravou a situação econômica de milhares de famílias. Logo, ainda que o estereótipo de aposentado permeie o imaginário de muitas pessoas, pouco tem a ver com a realidade da maioria dos idosos brasileiros. Uma pesquisa realizada pelo Serviço de Proteção ao Crédito Brasil (SPC) aponta que o poder de consumo da população de 50 anos de idade ou mais equivale a R$ 1,6 trilhão por ano. "Isso é mais que o Produto Interno Bruto (PIB) de muitos países. Se fôssemos formar um país independente apenas com os brasileiros acima dos 50 anos de idade, essa 'República Prateada' seria o 16º maior país do mundo", compara Correa Lima (2017). As doenças que mais causam óbitos nos idosos são a pneumonia (36%), coronariopatias (29%), insuficiência cardíaca (27%), acidente vascular cerebral (AVC) (25%) e demência (21%) (Brasil, 2006).

É comum que o consumo na terceira idade seja associado a segmentos previsíveis como medicamentos. No entanto, os interesses e gastos vão muito além dos cuidados com a saúde. Idosos têm conta em banco, usam cartão de crédito, compram carro, produtos de estética e higiene pessoal, perfumaria, roupas, viagens, bebidas alcoólicas, entre muitos outros itens. Há que se dizer que, em algumas categorias, eles são extremamente relevantes, como nas de serviços de saúde, serviços financeiros e para a indústria do lazer e turismo, vez que, pela primeira vez na história, um segmento da população tem acesso simultâneo a "três ativos fundamentais: dinheiro, boa saúde e tempo livre", destaca Correa Lima (2017).

ISBN 978-65-86901-26-9

Infelizmente, o aumento da expectativa de vida do brasileiro não trouxe consigo uma sociedade preparada para tal demanda. É comum vermos, no mercado de trabalho, embora possua mais experiência, o idoso ser considerado improdutivo e desatualizado. Nos transportes coletivos são ignorados e têm seus direitos desrespeitados pelos mais jovens. Na rua, não desfrutam de segurança e acessibilidade em locais públicos ou privados, sofrendo maior risco de acidentes. No seio familiar, a voz do idoso é desprezada e muitas vezes vítima de maus tratos e abandono. Sua sabedoria adquirida ao longo dos anos é substituída pela internet; seus conselhos e histórias não têm vez num mundo tecnológico; e quando demonstram interesse em aprender, a paciência não acompanha o ensino. Apesar do estatuto do idoso assegurar os direitos dos mais velhos na sociedade brasileira, a maior parte da população ainda os trata com desrespeito e/ou negligencia seu valor e papel social. Ideal seria que tomássemos por exemplo países orientais em que a sabedoria dos mais velhos é apreciada e seus conselhos fundamentais às decisões mais importantes da comunidade.

O envelhecimento é entendido como parte integrante e fundamental no curso de vida de cada indivíduo. É nessa fase que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, na qual umas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando, assim, a formação do indivíduo idoso. As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento. Percebe-se no indivíduo que envelhece uma interação maior entre os estados psicológicos e sociais refletidos na sua adaptação às mudanças. A habilidade pessoal de se envolver, de encontrar significado para viver, influencia as transformações biológicas e de saúde que ocorrem no tempo da velhice. Isto quer dizer que o envelhecimento é decisivamente afetado pelo estado de espírito, muito embora dele não dependa para se processar.

O papel social dos idosos é um fator importante no significado do envelhecimento, pois o mesmo depende da forma de vida que as pessoas tenham levado, como das condições atuais que se encontram. Neste aspecto destaca-se a aposentadoria, momento em que o indivíduo se distancia da vida produtiva. A aposentadoria, muitas vezes, acontece como uma descontinuidade, uma ruptura com o passado, e o indivíduo deve reajustar-se a uma condição que lhe traz certas vantagens, como o descanso, lazer, mas também graves desvantagens como desvalorização e desqualificação.

Status e papel são elementos identitários que definem a posição social e o modo de interação entre os indivíduos, constituem a posição individual da pessoa, ou seja, a soma dos direitos e obrigações que representam o seu comportamento social. O trabalho e seu significado na formação do indivíduo é uma questão importante quando se discute a velhice e a aposentadoria, pois é principalmente na atividade profissional que depositamos as aspirações pessoais e as perspectivas de vida. Noutras palavras, o trabalho permite o ato de se existir enquanto cidadão e o traçar de redes de relações referenciais que determinam um lugar social e um lugar familiar. Pode ocorrer também o contrário, e o idoso entrar num processo de despersonalização.

Em nossa sociedade, o ser humano está intimamente ligado ao processo de trabalho, produção, construção de família e ganhos. Logo, aposentar-se pode significar uma fase ameaçadora e até desastrosa. As estatísticas demonstram que um número considerável de trabalhadores aposentados vai a óbito poucos anos após o benefício. Aposentados ou não, idosos deveriam desfrutar de sua condição social com dignidade. Estudos na área da Gerontologia Social revelam que o trabalho torna-se um dos elementos relevantes que interfere de forma positiva na longevidade. Daí ser necessário se construir espaços para que a geração madura possa continuar ativa. Mais: os cidadãos necessitam modificar seu perfil de conduta diante da população idosa.

Políticas públicas governamentais têm procurado implementar modalidades de atendimento aos idosos, tais como Centros de Convivência – espaços destinados à prática de atividade física, cultural, educativa, social e de lazer, como forma de estimular sua participação no contexto social que se está inserido. A Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, através, inclusive, da sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e planos destinados à sua faixa etária. Suas diretrizes priorizam o atendimento domiciliar; o estímulo à capacitação dos médicos na área da Gerontologia; a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento. Apesar da criação de novas leis de amparo à velhice, o que evidencia preocupação com essa crescente faixa etária é que pouco tem sido feito como efetivo exercício dos direitos assegurados. Ainda é parca a atuação efetiva do governo nessa direção. E iniciativas de caráter privado estão mais direcionadas para o assistencialismo, o que implica certa tendência ao isolamento senil. A família, mais

ISBN 978-65-86901-26-9

do que a comunidade, tem lugar de destaque na criação de uma estrutura que estimule novos caminhos para o idoso.

## *Relações familiares e Interpessoais*

Em todas as fases do desenvolvimento vital a família exerce força e importância no fortalecimento das relações, embora, muitas vezes, ela apresente dificuldades para aceitar e entender o envelhecimento de um ente, tensionando este relacionamento e levando os idosos, muitas vezes, a necessitarem de atenção institucional. Porém, apenas 5% dos idosos estão institucionalizados em asilos, ainda que, em média, 35% necessitem de atenção da instituição em algum momento da vida. Em 1980 do século passado, menos de 2 milhões de idosos viviam em asilos, porém, a expectativa para 2040 é a de que mais de 4 milhões de idosos sejam institucionalizados (SADOCK, 2007), tendo a fragilidade como motivador decisivo à dependência e à incapacidade (mental, física, econômica, social, emocional). A dependência é vista como um fenômeno negativo e estressante, exigindo da família um alto grau de exigências (TORRES, GASPARETTO SÉ & QUEROZ, 2004), e muito contribui para o abandono do idoso e entrega de seus cuidados ao asilo.

No convívio familiar, é comum o indivíduo idoso perder a posição de comando e decisão que exercia nas relações familiares, e até mesmo entre pais e filhos as relações se modificam. Aos poucos, as pessoas idosas tornam-se mais dependentes e uma reversão de papéis se estabelece no seio familiar. Os filhos passam a ter responsabilidade pelos pais, mas muitas vezes se esquecem de que uma das maiores necessidades deles continua sendo serem ouvidos. Os pais, muitas vezes, quando manifestam a vontade de conversar, percebem que os filhos não têm tempo de escutar as suas preocupações, seus interesses, suas histórias. Logo, o ambiente familiar é capaz de determinar as características e o comportamento do idoso. Na família suficientemente sadia em que predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa, há espaço para crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, posições, e as diferenças e particularidades de cada qual são consideradas e respeitadas. Ao contrário, em famílias em que reina a desarmonia, a falta de respeito e a falta de limites, o relacionamento é carregado de frustrações, com indivíduos deprimidos e agressivos. Essas características promovem retrocesso na vida das pessoas e, no caso do idoso, representa o isolamento, o silêncio e o medo de cometer erros e ser punido. Nas famílias com excesso de zelo, o idoso

também se torna progressivamente dependente, sobrecarregando os membros mais próximos da casa com tarefas executadas para o idoso, enquanto que ele mesmo poderia realizá-las. Esse processo gera um ciclo vicioso nocivo e o idoso torna-se mais dependente. Reconhece-se que, para cada família, o envelhecimento assume diferentes valores e, dentro de suas peculiaridades, pode apresentar tanto aspectos de satisfação como de grande incômodo. Estudos revelam que quando a relação afetiva do idoso com a família é satisfatória, o seu grau de dependência em relação a ela é menor e, de modo inverso, quando a relação afetiva do idoso com a família é pobre, tensa, problemática, não saudável, o grau de dependência passa a ser muito maior. Logo, a família de um idoso representa o mais importante fator de influência à sua segurança emocional.

Para além dos muros da casa, há o lar-bairro, o lar-comunidade, o convívio social do idoso, que permite a troca de carinho, compartilhamento de experiências, de ideias, de valores, de sentimentos, de conhecimentos, de apreensões e dúvidas, enfim, uma permanente troca afetiva. Nesse universo está também a importante estimulação do pensar, do fazer, do dar, do trocar, do reformular, do aprender, do ser, do transformar, do reinventar. O idoso necessita estar engajado em atividades que o façam sentir-se útil. Independe de condições financeiras, o idoso deve estar envolvido em atividades ou ocupações que lhe proporcionem prazer, satisfação pessoal, crescimento ao ultrapassar obstáculos, bem estar, felicidade. Daí porque a atividade em grupo é uma forma de manter o indivíduo engajado socialmente, e a relação com outras pessoas contribui de forma significativa para sua qualidade de vida. O idoso precisa ser motivado a participar de grupos para que possa usufruir de todos os aspectos de acolhimento e doação emocional que tornem sua vida mais satisfatória e preenchida de acontecimentos bons. Tecemos memórias até o fim de nossa existência: o idoso realizado e feliz lembra e trabalha nesse projeto de construção todos os dias.

## *O Sujeito da Experiência, em palavras.*

Eu entendo como experiência o conjunto de todo conhecimento adquirido pelo ser humano e vivenciado ao longo de sua vida. Conhecimento este em todas as áreas, seja ela no campo profissional, cultural e intelectual, como também, e tão importante, aquele conhecimento de essência e formação humana ligado aos seus valores morais e éticos. E apesar de concordar e entender que,

ISBN 978-65-86901-26-9

com o passar do tempo, o ser humano nunca para de adquirir novos conhecimentos, aprender; e de saber que, neste novo tempo, estamos vivendo mais; infelizmente e decepcionantemente, vejo-me obrigado a admitir e reconhecer que esse mesmo tempo não para, não perdoa e nem é gentil, ele vai passando e se tornando pesado, cansando-nos, mostrando-nos que, mesmo com mais tempo, na verdade necessitamos dele, sim, mas com mais qualidade... pois o vemos - o tempo - juntar-se a uma nova geração ávida por novidade e cheia de energia, tornando a disputa por espaço muito difícil, muitas vezes impossível... E revelando uma triste realidade... aquela de notarmos que toda nossa experiência, de toda nossa vida, está se mostrando insuficiente, desvalorizada, desmotivada, pouco reconhecida e não mais valorizada como merece, justificada injustamente pelo "meu tempo" de vida. Ela, a minha experiência, está na verdade... cansada. (SILVA, S., 2020)

Como condição básica de saúde emocional, física e mental, os idosos precisam contar, reviver, viver suas experiências, serem ouvidos por seus familiares e pessoas próximas. Considerando a importância desse exercício de afetividade, proponho explorar, como possibilidade existencial, pensar a vida dos indivíduos idosos a partir do par *experiência/sentido*, palavras que não só produzem sentido e criam realidades, mas funcionam como potentes mecanismos de subjetivação. Pensar não é somente "raciocinar", "calcular", "argumentar", mas é dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. Quero levar a perceber que alimentar a importância do sentido que as experiências têm para o idoso, diariamente, pode ser um motivador fundamental para a manutenção de sua saúde emocional, mental e física. Atividades que se fundamentem em incitar o idoso a contar, a verbalizar suas histórias, a narrar experiências recuperadas na memória levarão o idoso a se sentir valorizado, feliz e respeitado, como pão afetivo que alimenta o corpo e sustenta a alma.

Aristóteles definiu o homem como *zôon lógon échon*: um vivente com palavra. E isto não significa que o homem tenha a palavra ou a linguagem como uma faculdade ou uma ferramenta; antes, o homem é palavra, se dá em palavra, é tecido de palavras. Logo, atividades como considerar palavras, criticar, eleger, cuidar, inventar, proibir, transformar palavras não são atividades ocas, vazias. Quando comunicamos nossa vida em palavras, damos sentido ao que somos e ao que nos acontece, quando correlacionamos as palavras e as coisas, nomeamos o que vemos ou o que sentimos. Palavras com que nomeamos o que somos, fazemos, pensamos, percebemos, sentimos são mais do que

simplesmente palavras: é luta pelo significado e pelo controle da vida, é valorização e confirmação da vida.

Experiência, em espanhol, é "o que nos passa". Em português, experiência é "o que nos acontece". A experiência é o que *nos passa*, o que *nos acontece*, o que *nos toca*. É, sobretudo, o que aprendemos com o que nos toca, nos acontece, nos passa. Há, infelizmente, pobreza de experiências caracterizando o mundo contemporâneo. Podemos dizer que se passaram tantas coisas, mas a experiência é cada vez mais rara. E isto está afetando diretamente a forma como lidamos com os mais velhos, com aqueles que trazem a experiência marcada no rosto, no corpo, na mente. Em primeiro lugar pelo excesso de informação. A informação não é experiência. Mais: a informação não deixa lugar para a experiência ou o valor da experiência. A ênfase contemporânea na informação, em estarmos informados, e toda a retórica destinada a sermos sujeitos informantes e informados anula a experiência e a sabedoria que dela decorre. Experiência não é informação, e o saber advindo da experiência não está ligado à expressão "sociedade do conhecimento" ou "sociedade de aprendizagem". Por mais curiosa que seja a intercambialidade entre os termos "informação", "conhecimento" e "aprendizagem", ela não é lógica, é, antes, metáfora cognitivista vestida de roupagem liberal democrática. A sociedade moderna, sob o signo da informação e o imperativo da opinião, é um ambiente em que a experiência se tornou dispensável e não valorizada, um ambiente em que se aprendeu a menosprezar o saber da experiência dos idosos. O sujeito moderno não só está informado e opina, é um consumidor voraz e insaciável de novidades, eternamente insatisfeito, que deseja estar permanentemente conectado e incapaz de silêncio. A ele tudo afeta, tudo excita, tudo agita, tudo choca, mas pouco acontece.

A velocidade é outra inimiga da experiência. O sujeito da formação permanente e acelerada, da constante atualização, da reciclagem sem fim, é um sujeito que usa o tempo como mercadoria, que não pode perder tempo, que não pode ficar para trás e, por isso mesmo, já não tem tempo. Na escola, o currículo se organiza em pacotes cada vez mais numerosos e curtos. Além disso, experiência é cada vez mais rara por excesso de trabalho. E já se confunde, também, experiência com trabalho. O sujeito moderno, além de ser um sujeito informado que opina, permanentemente agitado e em movimento, é um ser que trabalha para conformar o mundo segundo seu saber, seu poder e sua vontade. O trabalho é a atividade que deriva desta pretensão. Acometido por uma mescla de otimismo, de progressismo e de agressividade, o sujeito moderno

relaciona-se com o acontecimento do ponto de vista da ação, tudo é pretexto para atividade. A sociedade moderna tem sujeitos hiperativos.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer interrupção, um gesto quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, escutar os outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência, dar-se tempo e espaço. O sujeito da experiência não é o sujeito da informação, da opinião, do trabalho, não é o sujeito do saber, do julgar, do fazer, do poder, do querer. O sujeito da experiência é um território de passagem, uma superfície sensível afetável de algum modo, em que se produz alguns afetos, inscreve-se algumas marcas, deixa-se alguns vestígios. O sujeito da experiência é um ponto de chegada, um lugar que recebe o que chega e lhe dá lugar. O sujeito da experiência é, sobretudo, um espaço, um corpo em que têm lugar os acontecimentos, porque é definido não por sua atividade, mas pela passividade, pela receptividade, pela disponibilidade, pela abertura. Heidegger define experiência considerando essa exposição, essa abertura, assim como dimensões de travessia e de perigo: experiência significa que algo nos acontece, nos alcança, que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Fazer uma experiência significa precisamente tomar o que nos alcança e aceitar, à medida que nos submetemos. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo (1987, p. 143). O sujeito da experiência, para Heidegger, é um sujeito alcançado, tombado, derrubado; não um sujeito que alcança aquilo que se propõe ou que se apodera daquilo que quer, mas um sujeito que perde seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência, dele se apodera. Componente fundamental da experiência: sua capacidade de formação ou de transformação. Somente o sujeito da experiência está aberto à sua própria transformação. Definir o sujeito da experiência como sujeito passional não significa pensá-lo como incapaz de conhecimento, de compromisso ou ação. O sujeito passional tem sua própria força, e essa força é expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis; um saber distinto do saber científico e do saber da informação, e uma práxis distinta da técnica e do trabalho. O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana; é uma espécie de mediação entre ambos.

Atualmente, o conhecimento é essencialmente a ciência e a tecnologia, algo essencialmente infinito, universal e objetivo, de alguma forma impessoal; está aí, fora de nós, e podemos nos apropriar e utilizar; fundamentalmente útil no sentido pragmático, instrumental. O conhecimento é basicamente mercadoria, estritamente dinheiro, sujeito à rentabilidade e à circulação acelerada, sujeito às retóricas contemporâneas de "sociedade do conhecimento", da "aprendizagem" e da "informação". Em contrapartida, a vida se traduz em dimensão biológica, à satisfação das necessidades, à sobrevivência dos indivíduos e da sociedade. A compreensão da experiência, em essência, é anterior à ciência moderna e à sociedade capitalista. Durante séculos, o saber humano havia sido entendido como um *páthei máthos*: uma aprendizagem no e pelo padecer, no e por aquilo que nos acontece. O saber da experiência se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que vai lhe acontecendo ao longo da vida e no modo como vai dando sentido ao acontecer do que acontece. O saber da experiência não se trata da verdade das coisas, mas do sentido ou do sem-sentido do que acontece, possui algumas características essenciais que o opõem ao que entendemos por conhecimento. Se a experiência é o que nos acontece e se o saber da experiência tem a ver com a elaboração do sentido ou do sem-sentido do que nos acontece, trata-se de um saber finito, ligado à existência de um indivíduo ou de uma comunidade humana particular, um saber que se revela ao homem entendido individual ou coletivamente, o sentido ou o sem-sentido de sua própria existência, da própria finitude. O saber da experiência é um saber particular, subjetivo, relativo, contingente, pessoal. Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não realizam a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e irrepetível. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo: ética (um modo de conduzir-se) e esteticamente (um estilo). Se chamamos existência a esta vida própria, contingente e finita, que não tem nenhuma razão nem nenhum fundamento fora dela mesma, cujo sentido se vai construindo e destruindo no próprio viver, podemos pensar que tudo o que faz impossível a experiência faz também impossível a existência. E tudo que faz valiosa a existência pode se traduzir em palavras. Damos sentido,

autenticidade, integridade, dignidade à nossa existência quando narramos a nossa história. Daí porque ouvir os idosos é uma forma de fazer viver.

## Considerações finais

A situação social da pessoa idosa no Brasil revela a necessidade de discussões mais aprofundadas sobre as relações do idoso com a família e com a sociedade, aspecto enfatizado, sobretudo, na formação de profissionais da área de saúde e da educação. Neste artigo, a situação social do idoso foi delineada por questões pertinentes aos aspectos psicossociais com ênfase na relação familiar e interpessoal com foco no valor da experiência adquirida e revivida na expressão subjetiva da narratividade.

Acreditamos que tais aspectos, embora amplamente discutidos e referenciados em diversos veículos de divulgação de conhecimento, não se encontram esgotados na sua temática e continuam merecendo destaque e atenção, bem como discussões verticalizadas voltadas para a inclusão social do idoso.

A imposição de padrões estéticos de produtividade e de socialização aponta para a exclusão do idoso e é por meio da divulgação do conhecimento que poderemos compreender que não se pode almejar uma vida longa sem procurar melhor qualidade para este viver.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ANDREWS, M. **The seductiveness of agelessness**. Ageingand Society: 1999, p. 301-318.

ARAÚJO, L. F., & Carvalho, V. A. M. L. Aspectos sócio históricos e psicológicos da velhice. **Revista de Humanidades**, 6, 2005, p. 1-9.

BARROS, M.M.L. **Velhice ou terceira idade?** 2a ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000

BEE, H. **O ciclo vital.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERGER, K. S. **The developing person through the lifespan.** New York: Worth Publishers,1994.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Estatuto do Idoso** 3ª ed. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o **Estatuto do Idoso** e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 09 Abril 2017.

BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome** – Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – Brasília, 2013.

BRUM, E. **Pensamentos.** Disponível Em: https://pensador.uol.com.br/autor/eliane_brum/. Acesso em: 09 Abr. 2017.

BYTHEWAY, B. **Agism.** Buckingham: Open UniversityPress, 1995.

_____. **Youthfulness and agelessness**: acomment. Ageing and Society, 20, 2000, p. 781-789.

CALDAS, C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Pública** 2003, p.773-781.

CATTANI R.B., PERLINI, N.M.O.G. Cuidar do idoso doente em domicilio na voz dos cuidadores familiares. Revista Eletrônica Enfermagem. 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br CLOSS E, SCHWNAKE C. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. bras. geriatr. gerontol** 2012 (15): p. 443-458.

COSTA, E. F. A., & PEREIRA, S. R. M. Meu corpo está mudando, o que fazer? In: PACHECO, J. L. M. SÁ, L. &GOLDMAN, S.N; (ORGS.). **Tempo: rio que arrebata** (pp.13-25). Holambra: Setembro, 2005.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp, 1999 GIBSON, H. B. **It keeps us young**. Ageing and Society, 2000, p. 773-339.

HADDAD, E.G.M. **O direito à velhice:** os aposentados e a previdência social. São Paulo: Cortez; 1993

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **Introdução à metafísica.** 3. ed. Tradução Emmanuel Carneiro Leão. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1987

HOYER, W. J., & RODDIN, P. A. **Adult development andaging**. New York: The McGraw-Hill, 2003.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise Das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/2009/indic_sociais2009.p df> Acesso em: 10 nov. 2010.

IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil**. Rio de Janeiro, 2002; 2017.

JONES, R. L. Older people talking as if they are notolder people: positioning theory as an explanation. **Journal of Aging Studies**, 2006, p. 79-91.

LEITE, R.C.B.O. **O idoso dependente em domicílio** [tese]. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, 1995.

LIMA-COSTA M.F., VERAS, R.P. Saúde Pública e envelhecimento. **Cad Saude Publica** 2003, p.700-701.

MARINA C.S. **O processo de envelhecimento no Brasil**: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento, 2005, p.1-10.

NERI A.L., FREIRI A.S. **E por falar em boa velhice.** São Paulo: Papirus; 2000.

NERI, A. L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In A. L.

Neri (Org.) **Maturidade e velhice**: trajetórias individuais e socioculturais (pp.11-52). Campinas: Papirus, 2001.

_____. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.

PACHECO, J. L. Sobre a aposentadoria e envelhecimento. In: J. L. Pacheco, J. L. M. Sá, L. Py & S. N. Goldman (Orgs.). **Tempo: rio que arrebata** (pp.59-73). Holambra: Setembro, 2005.

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W., & FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

RAMOS, LR, R., OLIVEIRA Z.M., MEDINA M.C.G., SANTOS, F.R.G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública. 1993; 27: p.87-94.

RODRIGUES, N.C. **Política Nacional do Idoso. Retrospectiva Histórica.** Estud. interdiscip. envelhec., Porto Alegre, v.3, p.149-158, 2001.

SILVA, S. **Pensamentos.** Expressão Verbal, 2020

SILVESTRE, J.A., COSTA N. MM. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública,** 2003, p. 839-847.

TORRES, S. V. S; GASPARETTO SÉ, E. V. & QUEROZ, N. C. Fragilidade, Dependência e Cuidado: Desafios ao Bem-Estar dos Idosos e de suas Famílias. In: DIOGO, M. J. D; NERI, A. L. e CACHIONI, M. (Org). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004, p. 87-106.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003, p. 849-853

VERAS, R.P. **Terceira idade:** gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro, UNATI/Relume Dumará; 2002

VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996

ZIMERMAN, G.I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

# A ARGUMENTAÇÃO NA SENESCÊNCIA: *DESIGN* DE UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Stefânio Ramalho do Amaral[1]

**Resumo:** Este capítulo foca no *design* de um programa de intervenção focado na prática sistemática de argumentação como recurso de estimulação cognitiva para idosos típicos (senescentes). A argumentação é uma atividade social de natureza eminentemente discursiva realizada através da defesa de pontos de vista e consideração a perspectivas contrárias, com o objetivo último de aumento ou redução da aceitabilidade das perspectivas em questão. Dado seu potencial de construção de conhecimento e de reflexão, propôs-se um programa de intervenção com duração de dez sessões (uma por semana, com duração total de três meses), do qual participaram 15 idosos entre 60 e 75 anos. Os argumentos foram analisados com base na unidade de análise composta por argumento (ponto de vista e justificativa), contra-argumento e resposta. O programa de intervenção demonstrou ser um rico espaço para reflexão, socialização e desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo dos participantes.
**Palavras-chave:** Argumentação, Cognição, Envelhecimento Cognitivo, Estimulação Cognitiva.

1 Mestre e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Membro do Núcleo de Pesquisa da Argumentação (NupArg) e pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisa em Argumentação na Educação (GEPAEd). Contato: amaral941@gmail.com.
O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

## 1. INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo geral sistematizar o *design* de um programa de intervenção para idosos com declínios cognitivos típicos[2345] focado na prática sistemática de argumentação. Vinculada ao Núcleo de Pesquisa da Argumentação (NupArg) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco, esta pesquisa focou na adaptação, aplicação e análise de um programa sistemático focado em argumentação desenhado para investigar possíveis mudanças na cognição e, particularmente, em processos cognitivos relacionados ao raciocínio e à flexibilidade cognitiva dos participantes. Tem-se a hipótese de que a prática sistemática e intensiva de argumentação pode estimular cognitivamente, além de promover um espaço para socialização e regulação emocional dos participantes. Tendo em vista que esta pesquisa está em andamento, este capítulo focará nos fundamentos teóricos e analíticos do programa proposto.

As origens das perguntas desta pesquisa remontam a estudos cujos focos estão na investigação de potenciais efeitos de intervenções não farmacológicas na cognição de idosos com declínios cognitivos típicos, *e.g.*, Rebok et al. 2014, que propôs programas de treinamento (*Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly – ACTIVE*) em memória, velocidade de processamento e raciocínio. Os autores observaram que os maiores ganhos cognitivos ocorreram em participantes de treinos focados no raciocínio. Estas melhorias foram observadas até cinco anos após a intervenção, sugerindo um potencial neuroprotetivo de intervenções com este foco. Mais escassos, segundo a literatura pesquisada, parecem ser intervenções sistemáticas focadas em argumentação. A importância de focar em processos como o raciocínio e

2 Agradeço a imensa e fundamental colaboração de Jéssica Gomes, Louis Hissette, Mayara Lopes e Phagner Ramos, enquanto assistentes de pesquisa nas diversas fases do estudo.

3 Este capítulo discute um fragmento da tese de doutoramento do autor sob orientação de Selma Leitão (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva-UFPE) e coorientação de Renata Toscano (Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFPE e Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva-UFPE).

4 Este capítulo se beneficia de discussões ocorridas no âmbito do *II Workshop: "Estudos de Argumentação"* (Caruaru-PE, 2018) promovido pelo Grupo de Pesquisa em Educação, História e Cultura Científica (GPEHCC) e Núcleo de Pesquisa da Argumentação (NupArg).

5 Pesquisa registrada sob o número 12780119.7.0000.5208 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

argumentação está no papel desempenhado por este processo metacognitivo. Através dele, pode-se integrar informações prévias para obter novas conclusões, refletir sobre as próprias crenças e ideias, dando a possibilidade de refletir sobre as próprias ideias e controlá-las (KUHN, 1991, 1992; MERCIER., SPERBER, 2011).

Ancorados em estudos sobre o potencial de práticas sistemáticas desenhadas para aperfeiçoamento de operações de raciocínio, outras pesquisas investigaram o papel de intervenções desenhadas com esta meta em processos de construção de conhecimento e de desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, tanto em contextos de *aprender para argumentar* ou *argumentar para aprender o conteúdo*. Dentre estas pesquisas estão várias produzidas por membros do Núcleo de Pesquisa da Argumentação (NupArg), liderado por Selma Leitão (Depto. de Psicologia/UFPE), pioneiro no Brasil no estudo das relações entre cognição e argumentação. Atualmente, os esforços do NupArg se concentram em avaliações da adaptação do Modelo do Debate Crítico proposto por Fuentes (2009), que se caracteriza como uma situação em que distintos usuários debatem regrada e dialogicamente sobre um tema predefinido. A referida adaptação, realizada por Leitão (2012), teve o duplo objetivo de ensino de conteúdos curriculares da psicologia e noções elementares de argumentação.

Dada sua natureza reflexiva e o papel desempenhado na construção de conhecimento, o potencial da participação em práticas sistemáticas focadas em argumentação tem sido investigado em uma série de ambientes (virtual, físico), com objetivos variados (aprender a argumentar e argumentar para aprender o conteúdo), em diversos níveis escolares (ensinos infantil, fundamental, médio, superior e pós-graduação) e em diversas faixas etárias (crianças, adolescentes e adultos). Entretanto, na literatura pesquisada, pouco se encontrou sobre possíveis benefícios da participação em práticas sistemáticas de argumentação (ou focados em treino de raciocínio, *lato sensu*) como recurso de estimulação cognitiva na senescência.

O envelhecimento típico (senescência) é marcado por uma série de mudanças biológicas, sociais e físicas, como mudança no ritmo biológico, busca de relações sociais que sejam fonte de segurança, declínio generalizado de funções cognitivas (exceto o vocabulário) etc. De interesse central a esta tese são os declínios cognitivos. Tendo em vista mudanças na constituição da pirâmide etária, a exemplo do Brasil no século XXI, há demanda crescente

no desenho de programas direcionados para a melhoria de qualidade de vida desta população.

Este capítulo está organizado da seguinte forma: serão apresentados os fundamentos teóricos, seguido do método construído para o estudo. Por fim, a análise de um fragmento ilustrará a perspectiva analítica de argumentação desta pesquisa.

## 2. Impactos do envelhecimento e estimulação cognitiva

É crescente o aumento da quantidade de idosos no Brasil e no mundo. Segundo o IBGE, em 2020 o Brasil possui cerca de 14,6% de idosos. O envelhecimento, ou senescência (AZAMBUJA, 2007), é um processo universal e geneticamente determinado e que impacta biológica, fisiológica, social e psicologicamente. Difere da senilidade, um conjunto de mudanças patológicas do indivíduo, como a demência. É de fundamental importância a compreensão destes processos e de suas influências no funcionamento cognitivo.

Durante o envelhecimento, ainda que o indivíduo possua alto grau de escolarização (PARK, BISHOF, 2013), o ser humano passa por declínios cognitivos relacionados à idade (envelhecimento cognitivo). Mesmo durante o envelhecimento típico (não patológico), o envelhecimento se relaciona ao declínio em diferentes graus em algumas habilidades cognitivas, como funções executivas, velocidade de processamento, memória episódica; ainda que haja um crescimento no vocabulário (MCGILLIVRAY, FRIEDMAN, CASTEL, 2011).

*Déficits* relacionados à idade são moderados por fatores como metas, motivação e conhecimentos prévios (ZACKS, HASHER, 2006). Algumas hipóteses para variabilidade da evolução do declínio cognitivo (COSENZA, MALLOY-DINIZ; 2013) são carga genética, patologias sistêmicas, exposição a situações estressantes e maus hábitos de saúde, além de diferenças observadas entre as pessoas em seus níveis de funcionalidade.

Os aspectos cognitivos mais usados no quotidiano podem ser preservados e até aprimorados, mesmo em idades avançadas. Idosos mantêm as habilidades previamente aprendidas, desde que continuem a praticá-las (*id.*). Educação, inteligência e habilidades sensoriais contribuem para a constituição de uma reserva cognitiva, uma capacidade cerebral de reagir ativamente a lesões, através da implementação de processos cognitivos alternativos, de maior esforço nos circuitos remanescentes ou por meio de processos compensatórios e

responsável pela resiliência e plasticidade dos circuitos envolvidos em diferentes processos mentais (DRAG, BIELIAUKAS, 2010 *apud* COSENZA, MALLOY-DINIZ; 2013).

Há um crescente interesse na manutenção da atividade cognitiva na maturidade, motivado pela preservação da qualidade de vida no envelhecimento e pelo receio do enfraquecimento destas atividades no envelhecimento normal ou pelo acometimento de doenças degenerativas, como a demência. Há a expectativa de retardar o declínio cognitivo e evitar ou postergar as patologias associadas, através da estimulação cognitiva.

Tradicionalmente, supunha-se que o declínio cognitivo fosse inevitável no envelhecimento, por ser decorrente do desgaste natural do sistema nervoso. Atualmente, pode-se acreditar que, à medida que as pessoas envelhecem, ocorre uma plasticidade negativa, decorrente de fatores como diminuição da atividade, resultando não apenas em mudanças estruturais, mas também em mudanças comportamentais e ambientais, levando a um processamento deficiente de funções nervosas. Parte da perda de funções do envelhecimento pode ser reversível, por meio de estratégias comportamentais que produzam estimulação sensorial, cognitiva ou motora, capazes de induzir plasticidade no sistema nervoso. Estas estratégias de estimulação cognitiva atuariam na construção de reserva cognitiva, construindo um reforço na maquinaria de processamento neural (COSENZA, MALLOY-DINIZ; 2013).

A inserção em atividades sociais, como trabalho voluntário e interações sociais, parece ser um fator positivo menos explorado em pesquisas da área, principalmente em relação aos efeitos longitudinais. Há uma associação entre o engajamento em atividades sociais e um alto nível cognitivo geral em três diferentes tarefas (KATS et al., 2016): memória de trabalho, aprendizagem verbal e velocidade de processamento. O engajamento social não foi significativamente associado com mudanças cognitivas vinte anos após a primeira observação, sugerindo que um estilo de vida socialmente engajado promove um bom funcionamento cognitivo durante a vida, mas não previne declínio cognitivo em idades mais avançadas. Por outro lado, participantes sexagenários com intensa atividade social tiveram menor grau de declínio cognitivo em comparação com pares inativos (JAMES et al., 2011). Não está claro se o engajamento em atividades cognitivamente estimulantes protege de declínios cognitivos. Uma hipótese é a diferença de níveis de estimulação entre as atividades.

Memória, atenção, aprendizagem etc. são as funções cognitivas mais focadas em estudos de intervenção de estimulação cognitiva para idosos (*e.g.*: IRIGARAY, 2009; BALL et al. 2002, REBOK et al. 2014). Entretanto, na literatura pesquisada, observou-se uma aparente falta de aporte teórico e escassez de estudos sobre possíveis efeitos da participação intensiva em um programa de intervenção sistemático focado em argumentação. Foram encontrados apenas três estudos que focaram em operações de raciocínio. Rebok et al. (2014, um destes estudos, investigou efeitos de um programa de treinamento (*Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly – ACTIVE*) em três habilidades: memória, velocidade de processamento e raciocínio. Segundo os resultados, os efeitos do treinamento cognitivo seriam específicos para a habilidade cognitiva treinada e duraram em média 5 anos para a memória e 10 anos para a velocidade de processamento e raciocínio. Uma possível limitação de estudos como este está no modo de execução. Comumente consistem em intervenções on-line, em que os indivíduos participam de treinos solitários. Além disto, as propostas de intervenção podem não se espelhar em situações da vida real, por vezes demarcadas pela artificialidade e desconectadas do quotidiano. Uma performance frágil em tarefas não reflete necessariamente um raciocínio pobre na vida quotidiana e vice-versa.

Em outro estudo, Lopés e Machluk (2015) investigaram os efeitos da participação de adultos mais velhos em oficinas focadas em argumentação, observando um incremento na regulação emocional, além da capacidade de reflexão e de autoeficácia sobre técnicas argumentativas, levando-os ao aumento de bem-estar psicológico. As autoras observaram ainda que, à medida que as sessões ocorriam, os participantes adquiriam segurança no exercício e frequentemente comentavam sobre a forma como puderam transferir o que aprenderam a contextos fora da oficina. Para as autoras, isto se relaciona com as investigações de Bandura (1977, *apud* LOPÉS, MACHLUK, 2015) sobre autoeficácia percebida, em que a autorreflexão engloba o pensamento que as pessoas têm sobre suas capacidades de ação. Confiar na autoeficácia é uma característica central do potencial humano, pois contribui diretamente com a tomada de decisões e influencia em outros aspectos cognitivos e emocionais (CAPRARA, CERVONE, 2007, *apud* LOPÉS, MACHLUK, 2015)

Raymundo et al. (2017) realizou uma intervenção com 12 sessões, cada uma com foco em diferentes domínios cognitivos (*e.g.*, memória, atenção, percepção e orientação temporal, funções executivas etc.). Seus resultados mostraram que antes da intervenção os participantes demonstraram maior

facilidade em atividades envolvendo memória, atenção, linguagem e possuíam dificuldades em fazer tarefas em dupla envolvendo tomada de decisões, resolução de problemas e orientação espacial. Após a intervenção, houve redução no esquecimento de compromissos e 90,9% dos participantes relataram melhorias na memória e na atenção.

## 3. Relações entre a natureza Sociossemiótica do Psiquismo, Linguagem e Cognição

Questões sobre a linguagem e a cognição certamente levarão à questão da aquisição da linguagem e do desenvolvimento das funções cognitivas. O segundo ancoramento deste estudo advém de perspectivas histórico-culturais, que explicitam a gênese dos processos cognitivos humanos como processo de apropriação da criança de recursos simbólicos e culturais. A seguir, apresenta-se uma síntese destas ideias, cujas expansões podem ser encontradas em Leitão (2007 a, 2007 b, 2008 a, 2009 b).

As perspectivas histórico-culturais, especificamente Vygostky (1995), teorizam um modelo sobre a função do signo na constituição do psiquismo humano. Neste modelo, Subbotsky (2005) distingue processos psíquicos elementares (PPE) (percepção, atenção e memória involuntárias e pensamento não verbal, referentes à resolução de problemas simples); de processos psíquicos superiores (PPS) (percepção, atenção e memória voluntárias). Os PPE e PPS se contrastam sob quatro aspectos: origem, estrutura, funcionamento e relação com as demais funções mentais. Quanto à *origem*, os PPE surgem no início da vida como resultado da evolução da espécie, enquanto os PPS têm origem social, pois surgem do desenvolvimento histórico cultural da atividade humana. Para que a criança os apreenda, necessário acesso e apropriação dos recursos culturais físicos ou simbólicos. Estruturalmente, os PPE capacitam a criança a agir sobre o mundo de forma direta e não mediada. Seu funcionamento ocorre de forma não consciente, involuntária, em que, num primeiro momento, a ação da criança é regulada por estímulos e situações ambientais. Nos PPS, os instrumentos e signos culturais medeiam o desenvolvimento do infante, sempre propiciado pela interação com outros indivíduos. Esta apropriação ocorre de forma indireta, mediada, consciente e autorregulada de ação sobre o mundo. Enquanto os instrumentos possibilitam a regulação da ação sobre os objetos do mundo, os signos possibilitam regular processos psicológicos do próprio indivíduo ou de outrem. Apenas os PPS

se organizam sistemicamente, seu desenvolvimento afeta e é afetado pelos demais (LEITÃO, 2008 a).

A apropriação de recursos semióticos – particularmente a *linguagem* – muda a experiência do indivíduo. Não que o social seja muito mais importante que o biológico. O ser humano se constitui e se complementa quando inserido numa cultura, tanto que geralmente leva de sete a nove meses para ser gerado e nascer, mas leva cerca de quatro anos para ter um mínimo de autonomia. Neste sentido, de acordo com Leontiev (1978, p. 267):

> Cada indivíduo aprende a ser um homem. O que a natureza lhe dá quando nasce não lhe basta para viver em sociedade. É-lhe ainda preciso adquirir o que foi alcançado no decurso do desenvolvimento histórico da sociedade humana.

Esta aprendizagem lhe rende a aquisição de capacidades de ação que antes não tinha, como a capacidade de regular a própria atenção e a de outrem, e a apreensão e recordação de estímulos e experiências. Entretanto, o impacto da mediação semiótica é majoritariamente visualizado pela forma que os signos dotam o indivíduo com recursos para significar a realidade. Possuir estes recursos muda radicalmente a experiência do indivíduo no mundo e sua relação com ele. Segundo Leitão (2008 a)

> É ante um mundo 'concebido como sendo de certo tipo' que o indivíduo se posiciona (BAKHURST, 2002, p. 236). Mais ainda: a aquisição da linguagem dota o indivíduo com recursos que lhe permitem não apenas organizar suas ações, mas, também, sobre elas refletir.

Outro ponto de sustentação do presente estudo são concepções sobre a natureza inerente e constitutivamente dialógica da linguagem (BAKHTIN; VOLOSHINOV, 1995; FARACO, 2003). O termo *dialogia* extrapola o sentido quotidiano. Mais do que interação entre dois ou mais indivíduos, as relações *dialógicas* (*ibid.*) se constituem no encontro e oposição de variadas formas de significar e avaliar, que, nos processos comunicativos, mutuamente se respondem. Seja na interação física ou no pensamento silenciosamente produzido, a linguagem age sempre em relações cuja natureza é dialógica, ou seja, que envolve mais de uma forma de posicionamento e entre instâncias diferentes. Esta dialogicidade se manifesta no discurso em ao menos três dimensões: *responsividade*, *plurivocidade* e *oposição* (LEITÃO, 2008 a).

Reconhecer a dialogicidade da linguagem também leva a afirmar a heterogeneidade como característica de todo dizer, pois qualquer enunciado carrega em si múltiplas vozes sociais, assim como várias formas de avaliação, concepção, constituição e significação das falas. Segundo Leitão (2008 a, p. 37), "afirmar a plurivocidade constitutiva de todo dizer implica ainda reconhecer a inevitável tensão/oposição que emerge da coexistência e confronto entre diferentes perspectivas".

## 4. Relações entre raciocínio e argumentação

Raciocinar envolve um processo inferencial, através do qual parte-se de informações prévias (ou premissas) ao ato de fazer uma inferência de uma conclusão (HALPERN, 1984). Pode-se contrastar o raciocínio em formal e informal. No raciocínio formal, característico da matemática, dos silogismos categóricos e do raciocínio probabilístico, a conclusão decorre da dedução de premissas, validando ou não um argumento através de esquemas prévios, focando predominantemente no modo (*forma*) de construção dos argumentos.

Por outro lado, o raciocínio informal (também chamado de argumentativo ou prático) (KEEFER, 1996; SAIZ, 2002) caracteriza-se como a interiorização de um processo dialógico (KUHN, 1991). Conforme explicitado, o termo *dialógic*o transcende a acepção em que quotidianamente é usado, enquanto interação ou conversa entre dois ou mais indivíduos. Na acepção aqui adotada, a *bakhtiniana,* as *relações dialógicas* têm como características o encontro e a oposição de múltiplos modos de significação e avaliação, de modo que mutuamente se respondem nos processos comunicativos (LEITÃO, 2007a; 2008). Enquanto relação dialógica, o raciocínio argumentativo se caracteriza pela realização dos papéis de proponente e oponente, através de competências mais específicas, como a justificação de uma perspectiva, a consideração de possíveis pontos de vista alternativos e contrários, e a réplica/resposta a perspectivas divergentes. A diferença fundamental entre esta e outras formas de pensamento é a necessidade que o indivíduo desloque o foco de seu pensamento sobre o mundo, para os fundamentos e limites do seu próprio pensamento, consistindo num ato metacognitivo (LEITÃO, 2007a; KUHN, 1991, 1992).

Na ausência destas competências específicas de raciocínio argumentativo (justificação de pontos de vista e consideração a perspectivas divergentes), crenças são usadas como base para interpretar e organizar a experiência do

indivíduo. Porém, somente através do processo de pensar sobre o próprio pensamento (metacognição) o indivíduo pode refletir sobre suas próprias crenças, avaliá-las e ter a possibilidade de justificá-las, tendo, desta forma, a possibilidade de exercer o controle de suas próprias crenças (KUHN, 1991). Por outro lado, crenças não são necessariamente escolhidas entre várias alternativas, podendo ser construídas através de inferências intuitivas (MERCIER, SPERBER, 2011; KEEFER, 1996). Embora indivíduos com raciocínio menos sofisticado possam desempenhar tarefas quotidianas, a condução e qualidade de vida são frequente e significativamente diminuídas. Disto decorre a necessidade de exercitar um raciocínio mais frágil com o mesmo fervor usado para tratar alterações da linguagem e de outras funções cognitivas (SHUREN, GRAFMAN, 2002).

Embora frequentemente usados como sinônimos, há diferenças os termos *argumento* e *argumentação*. *Argumento* é a unidade de raciocínio em que uma ou mais premissas são combinadas como suporte a uma conclusão (ANGELL, 1964), ou seja, o produto de uma determinada operação. É um termo usado tanto na lógica formal, quanto nos estudos da argumentação, cuja análise pode ser realizada sob diversas perspectivas teóricas, envolvendo tanto a validade lógica, como ocorre na lógica formal; como em relação à plausibilidade de um argumento, como ocorre na lógica informal. Por sua vez, a argumentação é compreendida como uma atividade dialógica social de natureza eminentemente discursiva, realizada através da defesa de pontos de vista e consideração de perspectivas divergentes, com o objetivo último de aumentar ou diminuir a aceitabilidade das perspectivas em questão (VAN EEMEREN et al., 1996 *apud* LEITÃO, 2007 b). É uma das formas de comunicação e interação mais corriqueiras presentes nos mais diversos contextos da vida, sugerindo não ser apenas um tipo de discurso que permeia o pensamento humano (KUHN, 1992), senão também fundamental para este (KUHN, 1991). Há um crescente entendimento que o pensamento humano se assemelha mais ao processo enfatizado pela retórica clássica, do que pelo processo sugerido pela lógica. Billig (1985, 1987), por exemplo, defende uma abordagem baseada na retórica para o estudo de atitudes e para a psicologia social em geral.

Os mecanismos semiótico-discursivos implicados na argumentação evidenciam a importância dos movimentos do pensamento realizados pelo indivíduo ao formular sua própria perspectiva (LEITÃO, 2000): justificar um ponto de vista requer que o indivíduo reflita sobre as fundamentos de

suas ideias, considerar perspectivas divergentes requer avaliação dos limites e plausibilidade de tais fundamentos, e por fim, responder às objeções leva ao exame do impacto das ideias divergentes sobre a aceitabilidade e plausibilidade do argumento inicial. Defesa de pontos de vista, apreciação e resposta a perspectivas divergentes são ações discursivas implicadas na argumentação e mecanismos discursivos que conduzem o argumentador a tomar seu próprio pensamento como objeto de reflexão e a avaliá-lo constantemente (LEITÃO, 2007 a, 2007 b). Esta noção de negociação de perspectivas pressupõe que o surgimento do pensamento ocorra mediante as relações dialógicas discursivas e seja construído imerso num contexto sócio-histórico particular que lhe permite interpretar e dar forma à realidade à qual ele pertence (VYGOTSKY, 1934/2000). Assume-se a linguagem como constitutiva da cognição humana, pelo papel desempenhado na construção e transformação do pensamento, cujo processo compreende-se a partir da natureza sociossemiótica das trocas comunicativas sociais, físicas ou simbólicas com o mundo (LEITÃO, 2000, 2007 b). Por sua eminente natureza discursiva, espera-se que o engajamento em um contexto argumentativo favoreça mudanças e transformações, produzidas a partir da reorganização do pensamento.

O pensamento reflexivo é um processo autorregulador do pensamento, no qual o indivíduo toma como objeto de seu pensamento suas próprias concepções de mundo (cognição) e considera limites e fundamentos de suas próprias ideias (LEITÃO, 2007 a), consistindo num processo metacognitivo. A passagem do primeiro nível (cognição) para o segundo (metacognição) implica no uso de mecanismos semióticos de segunda ordem (afirmar sobre as afirmações feitas pelo próprio indivíduo) e é visto como o mecanismo que possibilita ao sujeito a reflexão sobre suas próprias ideias. Ocorre à medida que os movimentos argumentativos de defesa do próprio ponto de vista e consideração de perspectivas alternativas, *pari passu* constituem a argumentação, dotam os participantes com um recurso semiótico de natureza metacognitiva. O metaprocesso que possibilita ao indivíduo a reflexão sobre os fundamentos e os limites de suas próprias concepções sobre o mundo é *autoargumentação*, no qual o mesmo indivíduo argumenta, antecipa oposição e a ela responde, consistindo no marco central do desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo (LEITÃO, 2008 a, 2008 b).

Complementar a estas ideias, o conceito de "inteligência reflexiva" remonta a capacidade de refletir e analisar uma situação a partir de múltiplas perspectivas, em que são acionadas distintas capacidades cognitivas, como

atenção, raciocínio, dedução, lógica, memória, inteligência geral e inteligência cristalizada, em especial, que aparece mais privilegiadamente em pessoas mais velhas. Usar este tipo de inteligência desencadeia diferentes mecanismos como empatia, manejo da ansiedade e de tolerância perante a perda de controle, ao mesmo tempo permite a possibilidade de criticar os discursos hegemônicos, o senso comum, os preconceitos, revisar estereótipos e o reducionismo de certos argumentos (LOPÉS, MACHLUK, 2015). Refletir implica num ato de pensamento que nos permite abstrair para observar, debater consigo mesmo e explicar nossas ações, além de olhar criticamente o que fazemos, justificar cada uma das decisões tomadas e aprofundar a partir do próprio questionamento que nos permita retificar ou tomar decisões que permitam melhorar nossas práticas (CHACÓN CORZO, 2006 *apud* LOPÉS, MACHLUK, 2015).

Com base em ideias como estas e dado o seu caráter epistêmico e de negociação de perspectivas, vários espaços pedagógicos vêm sendo crescentemente criados para o desenvolvimento de competências argumentativas, seja com o foco de aprender a argumentar ou argumentar a aprender, em diversas faixas etárias e escolaridades (LEITÃO, 2011). A prática sistemática de pensamento e competências de raciocínio em um ambiente cognitivamente estimulante pode servir como uma das condições para desenvolvimento e para a melhoria da qualidade dos argumentos produzidos pelos indivíduos (KUHN, 2001; KUHN, SHAW, FELTON, 1997; KUHN, UDELL, 2003; ANDERSON et al., 1997; ANDERSON et al. 1998; ANDERSON et al. 2001; REZNITSKAYA et al., 2001; LAO, KUHN, 2002).

Aparentemente ainda não explorado, de acordo com a literatura consultada, entretanto, é o possível potencial da argumentação enquanto atividade social mediadora de possíveis contribuições na estimulação cognitiva no envelhecimento típico. A hipótese do presente estudo é que a participação sistemática em um ambiente focado na prática sistemática de argumentação pode servir como condição para transformações e mudanças em idosos com declínios cognitivos típicos. Mais especificamente, esperou-se promover aos participantes incremento na regulação emocional (tolerância à tensão e habilidades de resolução de conflitos), relações sociais (quantidade de contatos sociais, mudanças em redes sociais e satisfação com relações mais próximas) e desenvolvimento de pensamento crítico-reflexivo.

# 5. Método

## 5.1.Participantes

Participaram do programa de intervenção 15 idosos com idades entre 60 e 75 anos com *score* mínimo de 21 pontos no *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, que aceitaram participar voluntariamente, sem sinais de dependência, especialmente quanto à locomoção, e residentes da Região Metropolitana do Recife. O perfil do grupo foi bastante heterogêneo. A idade dos participantes variou entre 60 e 75 anos (média 64,5; moda 65 e mediana 63); 1 possuía ensino fundamental completo, 2 tinham ensino médio completo, 2 possuía ensino superior incompleto, 4 tinham ensino superior completo e 6 possuíam pós-graduação. Em relação ao gênero, participaram 2 homens e 13 mulheres. Embora predominassem graduados e pós-graduados, apenas 2 participantes tiveram algum contato prévio com experiências focadas no raciocínio, especificamente quanto à lógica formal. A renda média dos participantes foi de 7,14 salários-mínimos (aproximadamente R$ 7.125, à época da construção dos dados), variando de 1 a 15 salários mínimos (R$ 998 a R$ 14.970).

Participaram também três estudantes de graduação em psicologia e um estudante de pós-graduação em psicologia enquanto assistentes de pesquisa em diferentes fases do estudo. Todos foram monitores de um componente curricular obrigatório, na graduação em psicologia de uma universidade pública federal, que usa como método de ensino-aprendizagem uma adaptação do Modelo do Debate Crítico (LEITÃO, 2012), ou seja, possuíam, à época de realização da pesquisa, experiências prévias de monitoria e mediação em argumentação.

## 5.2. *Design* do programa de intervenção

A intervenção realizada neste estudo foi baseada no Modelo do Debate Crítico (MDC), proposto por Fuentes (2009) e na adaptação do MDC para a sala de aula (LEITÃO, 2012), doravante MDC/sala de aula. A escolha do MDC para ser adaptado como método da intervenção ocorreu por se tratar de uma situação social de intensa produção argumentativa, que estimula ativamente a produção dialógica de argumentos e pelo potencial de geração de reflexão. Antes de adentrar nos procedimentos construídos para este estudo

ISBN 978-65-86901-26-9

a partir dessas duas propostas, o MDC/original e o MDC/sala de aula serão sumariamente descritos a seguir.

O Modelo do Debate Crítico (MDC) está estruturado de forma que seja gerada uma discussão sobre um tema polêmico e controverso, através do qual os participantes expõem seus argumentos favoráveis ou contrários ao tópico de debate, buscando uma possível solução diferença de opinião (FUENTES, 2009, 2011). Caracteriza-se como uma atividade social de intensa produção verbal argumentativa, em que se discute face a face um tema predefinido. Possui como característica central a oposição dialógica, em que distintos indivíduos e seus respectivos pontos de vista se enfrentam respeitosa e regradamente em relação a um conflito de opinião. A função reguladora dos turnos de fala predefinidos se converte no elemento essencial do contrato do debate, pela imposição de normas formais e substanciais aos participantes, consistindo, desta forma, em um debate regrado (*ibid.*).

Tendo em vista sua natureza eminentemente discursiva, o MDC não pode ser caracterizado como um fenômeno social estático. Espera-se com ele o favorecimento de mudanças e transformações produzidas a partir do processo de reorganização do pensamento, propiciadas pela natureza argumentativa própria do MDC, em resposta às (trans)formações ocorridas dentro da situação de oposição dialógica em que os participantes se encontram envolvidos (contexto comunicativo de sala de aula, interação em contexto natural etc.). Nas permanentes trocas ocorridas durante a resolução de um conflito de opinião, dentro deste tipo de prática discursiva, cria-se um processo de reflexão da linguagem sobre si mesma, privilegiando a regulação do pensamento por outras pessoas ou por si mesmo (RAMÍREZ, 2012). O movimento autorregulador de defender a própria perspectiva e considerar perspectivas divergentes inevitavelmente implica que o indivíduo volte ao próprio discurso e considere os limites e fundamentos de suas próprias ideias (LEITÃO, 2007 a).

O MDC possui como características (FUENTES; 2009, 2011): estabelecimento de uma estrutura proposicional padronizada que expresse um conflito de opinião a respeito do qual os participantes oferecerão razões favoráveis ou desfavoráveis (*e.g.*: *"podemos afirmar que a morte é uma perda?")*, respeito a formas argumentativas válidas no desenvolvimento do debate, evitando o uso de falácias; estabelecimento de um sistema avaliativo eficiente na detecção de falácias e outras violações de princípios do diálogo crítico; regulação de turnos de fala e criação de papéis claramente definidos por expressões proposicionais e a presença de um júri avaliador e deliberativo do debate, com foco em

critérios explícitos e acordados previamente. Um ciclo de debate enfatiza a habilidade de refletir e analisar uma situação perante múltiplas perspectivas, de modo que, ao fazê-lo, os indivíduos mobilizam operações cognitivas como atenção, raciocínio, dedução, lógica, memória, inteligência geral e cristalizada (LOPÉS; MACHLUK, 2015). Através do uso da inteligência cristalizada, mecanismos socioemocionais, como empatia, gerenciamento de ansiedade e tolerância a frustração são desencadeadas, criando oportunidades para criticar discursos hegemônicos, senso comum, estereótipos e visões reducionistas (*ibid.*).

No modelo original do MDC, os participantes são divididos em três equipes (FUENTES, 2009, 2011), cada um composta por três participantes: bancada afirmativa, cujos participantes têm como objetivo defender argumentativamente um ponto de vista; a bancada negativa, com o objetivo de oposição dialógica à perspectiva trazida pela bancada afirmativa; e a bancada investigativa, que, ancorada em pesquisas prévias sobre o tópico do debate, tem como objetivo expor os argumentos favoráveis e desfavoráveis à proposição de debate. Este modelo de debate também conta com uma mesa de juízes externos, cuja função é avaliar a qualidade dos argumentos segundo os critérios de força, solidez e correção, com base nos critérios de solidez de um argumento propostos por Govier (2001).

Inicialmente o MDC foi proposto para realização em torneios interescolares no Chile, em que estudantes representantes de escolas debatiam sobre temas sociais, controversos e polêmicos perante um júri externo e uma plateia. Tendo em vista seu potencial na reflexão de ideias e de construção de conhecimento, o MDC foi adaptado por Leitão (2012) para uso em sala de aula (MDC/sala de aula), adaptação essa que, desde então, tem sido foco de diversos estudos realizados, e em andamento, no âmbito do Núcleo de Pesquisa da Argumentação (NupArg), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Cognitiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

#### 5.2.1. Adaptações do Modelo do Debate Crítico para este estudo

Dada sua natureza eminentemente social, linguística, atencional, mnemônica, discursiva e de uso de operações de raciocínio, no presente estudo foram feitas adaptações do referido Modelo, com o objetivo de adequá-lo aos objetivos aqui propostos.

Para os ciclos de debates, foram propostas duas categorias de tópicos controversos e polemizáveis: transversais e geracionais. Tópicos transversais são de interesse geral, como corrupção, desemprego, *fake news*; enquanto tópicos geracionais são potencialmente de interesse específico para a faixa etária alvo deste estudo, como aposentadoria, gerenciamento do próprio dinheiro; morar sozinho ou com parentes. Após a sondagem dos tópicos de interesse coletivo, foram sugeridos materiais prévios, como vídeos e textos, para motivar e estimular a discussão.

Outra adaptação do MDC/original e MDC/sala de aula para este projeto foi a amplitude e formas de participação: foi criado um *design* que promovesse a participação de todos durante todo o projeto. Os participantes foram divididos em três grupos (proponente, oponente e investigativo/avaliativo) mediado por um ou dois membros da equipe (monitores) com experiências prévias em práticas argumentativas. Os monitores tinham como papéis auxiliar na construção da linha de raciocínio e dos critérios de avaliação do debate. A cada ciclo, os participantes, os monitores e os papéis eram redistribuídos através de sorteio. Para que cada um dos participantes atuasse em diferentes papéis (proponente, oponente e avaliativo/investigativo), esperava-se que ocorressem no mínimo três ciclos de debate. Um ciclo completo do MDC/original e MDC/adaptado possui quatro distintos momentos: a) introdução – exposição de um tema, com o objetivo de situar os participantes sobre o assunto; oficinas, com o objetivo de elaborar a linha de raciocínio e os critérios de avaliação de argumentos; c) debate, em que representantes das três bancadas debatem regrada e respeitosamente sobre o tema do ciclo; e, por fim, d) fechamento, em que será feita uma avaliação do ciclo. Cada ciclo foi aplicado com duração de duas ou três semanas, a depender do engajamento e apropriação dos participantes com o tema. Com base em estudos como Rebok et al (2014) e Raymundo et al. (2017), para este estudo foi elaborada uma intervenção focada em argumentação com duração de dez semanas. Durante os dez encontros foram trabalhados quatro temas: *fake news, inclusão da pessoa idosa na sociedade brasileira no século XXI, políticas públicas para a pessoa idosa e finitude*.

Também houve adaptação no papel da bancada investigativa. No MDC/original esta bancada tem a função de investigar conceitos relacionados ao tema, situar historicamente a controvérsia em foco e expor a pergunta de debate. Para este estudo e baseado em Leitão (2012), esta bancada foi denominada de investigativa/avaliativa, que, além das funções citadas, avaliou o debate de acordo com critérios construídos a cada ciclo.

## 6. Unidade de análise

Consoante com os fundamentos teóricos e metodológicos deste estudo, necessária uma proposta de análise que a) foque na flexibilidade e na revisão de perspectivas, pelas características centrais trabalhadas no programa de intervenção, a saber: ênfase no pluralismo, diálogo entre ideias (sentido *bakhtiniano* do termo), atenção à justificação das próprias ideias e consideração a perspectivas divergentes e que b) mapeie os usos e possíveis transformações nas argumentações dos participantes nas intervenções.

Os seguintes passos e indicadores analíticos foram construídos:

a) Transcrição, considerada como a primeira fase analítica (LEMKE, 1998), pois o transcritor é convidado a entrar em contato com as ambiguidades dos dados verbais, às quais tenta estabelecer sentidos realizando ações interpretativas.
b) Identificação nas transcrições de episódios argumentativos, demarcados pela aparição, manutenção e término de um tópico-alvo, podendo ser contíguos ou não (LEITÃO, 2008);
c) Identificação nas transcrições dos movimentos argumentativos mínimos propostos por Leitão (2000, 2007a, 2007b), constituídos por argumento (ponto de vista e justificativa), contra-argumento e resposta.

### 6.1.Exemplo de análise

A seguir, ilustra-se a proposta analítica da argumentação adotada nesta pesquisa.

O excerto que se segue foi retirado da transcrição da primeira oficina com a bancada investigativa/avaliativa sobre o tema *fake News,* na qual estavam sendo construídos os critérios de avaliação para o primeiro debate regrado. Foram usados pseudônimos em negrito para preservar a identidade dos participantes. Para facilitar o acompanhamento das análises, antes do pseudônimo as linhas do fragmento estão numeradas (L1, L2, L3...).

Excerto 1:
L1 ***Mirelle (monitora):*** *Será que a fonte não é importante tanto pro sim quanto pro não?*
*[...]*
L2 ***Márcia:*** *É. [...] Trouxe fonte? Sim. Trouxe fonte? Não.*

ISBN 978-65-86901-26-9

L3 ***Pesquisador****: É, por exemplo, essa caneta não presta. Se eu digo isso é uma coisa, mas se eu digo*
L4 *"essa caneta não é boa, porque ela tem a escrita, sei lá, ruim... ela estoura fácil no bolso... ela é*
L5 *cara"... Eu tô trazendo motivos para justificar minha ideia, pra fundamentar a ideia.*
L6 ***Márcia:*** *Certo.*
L7 ***Elza:*** *Tô entendendo.*
L8 ***Pesquisador:*** *Eles podem não ser os melhores, os mais convincentes, mas pelo menos eu tô*
L9 *embasando minhas ideias. Será que fundamentar a ideia, embasar, seria um bom critério nesse*
L10 *momento?*
L11 ***Márcia****: Sim.*
L12 ***Pesquisador****: [...] Os fundamentos são os pilares que eu tô usando pra sustentar a ideia. "Essa caneta*
L13 *não é boa porque x, y e z."*
L14 ***Mirelle (monitora):*** *É diferente dizer que esse celular não é bom porque eu vi em uma notícia de jornal tal. Do* L15 *que eu dizer que esse celular não é bom porque, sei lá, eu usei ele e a câmera dele não é boa, ele é* L16 *lento... ele é.... sabe? É diferente de eu dizer só de onde eu tirei ou dizer realmente porque não é* L16 *bom.*
L18 ***Pesquisador****: Eu acho que os exemplos não são bons...*
L19 ***Márcia****: Mas veja, no aprofundamento dos pilares entre 'ele não é bom' ou 'que ele, ela é cara',*
L20 *mas ela pode ser cara pra você, mas pra mim não é cara... Então num, eu tô vendo com outro....*
L21 ***Pesquisador****: Mas veja, eu acho que o que a gente tá tentando focar é assim, é o exercício de*
L22 *querer focar [incompreensível]*
L23 ***Márcia****: Independente...*
L24 ***Pesquisado****: Independentemente da sua posição ou da minha, pra mim pode ser cara, mas pra*
L25 *você não...*
L26 ***Márcia:*** *Entendi agora, pra mim já conven..., já tá convincente agora. Pra mim agora convenceu.*
L27 *Porque o seu argumento derrubou a minha, a minha ideia e eu concordo com você. Agora, assim,*
L28 *na hora que é cara, é cara pra ele e não é cara pra mim, mas a gente não tá vendo isso agora, a*
L29 *gente tá vendo se é pra todo mundo. É uma coisa mais geral, e que venha justificar na hora da*
L30 *apresentação deles. Então.... Apoio, assim, vamos olhar né?*

O excerto anterior ilustra a construção de critérios de avaliação para o primeiro debate. Havia uma proeminente dificuldade dos participantes de

avaliar argumentos, confundindo opinião pessoal, a exemplo da fala de Márcia em L19-20 ("*mas veja, no aprofundamento dos pilares entre 'ele não é bom' ou que 'ele, ela é cara', mas ela pode ser cara pra você, mas pra mim não é cara*") com a avaliação de um argumento. Após um contra-argumento de Pesquisador em L21-25 ("*mas veja, eu acho que o que a gente tá tentando focar é assim, é o exercício de querer focar [nos fundamentos das ideias, [...] Independentemente da sua posição ou da minha, pra mim pode ser cara, mas pra você não...*"), a fala de Márcia denota que ela revisou sua perspectiva inicial (L18-19), abandonando-a e aceitando o contra-argumento em L26-27 ("*Entendi agora, pra mim já conven..., já tá convincente agora. Pra mim agora convenceu. Porque o seu argumento derrubou a minha, a minha ideia e eu concordo com você.*" Trata-se de uma resposta que denota maior grau de flexibilidade, pois Márcia abandonou sua perspectiva inicial e aceitou o contra-argumento do Pesquisador.

O excerto a seguir foi retirado da etapa de fechamento do debate regrado, no qual se avalia as reflexões e os conhecimentos construídos. Os dados estão anonimizados e tem as linhas numeradas, para facilitar a compreensão das análises.

Excerto 2:
L31 ***Robson:*** *eu vou voltar pra pergunta da gente: "as pessoas COMPARTILHAM por ingenuidade?"*
L32 *não é quem cria, é quem compartilha...*
L33 ***Ana:*** *Compartilham, é passado*
L34 ***Paulo (monitor)****: Se bem que vocês fizeram essa diferenciação, né, quem cria e quem*
L35 *compartilha...*
L36 ***Robson:*** *Mas a pergunta é "as pessoas COMPARTILHAM", tá falando algo que já existe...*
L37 ***Ana:*** *Naquele vídeo que passou lá, o vídeo do médico, ela compartilhou. E ela foi multada.*
L38 ***Robson:*** *Isso.*
L39 ***Ana:*** *Ela levou uma multa de dez mil, num foi isso? Eu acho que isso aí pode acontecer. Eu acho*
L40 *que isso.*
L41 *[superposição de falas]*
L42 ***Leo:*** *[incompreensível] Se ela por ignorância ou ingenuidade, ela compartilhou, ela assumiu.*
L43 *Você é responsável pelos seus atos.*
L44 ***Ana:*** *Mas aí... o [incompreensível] maior é quem criou*
L45 ***Leo:*** *O valor maior ou menor vai depender do prejuízo causado à pessoa atingida. Aí a justiça*
L46 *quem vai decidir, valor maior ou menor...*

Em L31, Robson contesta a pergunta proposta para o primeiro debate (*"as pessoas compartilham fake News por ingenuidade?")*. Seu ponto de vista *"é quem compartilha [por ingeuindade]"* é posto em xeque pelo contra-argumento (L32) *"não é quem cria"*. Novamente Robson se ancora em definições para trazer sua perspectiva, o que sugere ser seu funcionamento cognitivo. A reação de Ana em L33 sugere adesão ao ponto de vista de Robson ao elaborar a justificativa "*compartilham, é passado*". Paulo (monitor), em L34, traz uma perspectiva alternativa, ressaltando que os participantes trouxeram essas duas compreensões durante o debate. A resposta de Robson em L35 ("*mas a pergunta é 'as pessoas COMPARTILHAM', tá falando algo que já existe*") contesta o contra-argumento de Paulo (L34) e preserva o próprio ponto de vista inicial (L31-32). Este tipo de resposta denota menor grau de flexibilidade cognitiva, pela preservação do ponto de vista inicial sem elaboração de mais elementos que a sustentem. O argumento de Leo em L42 (*"se ela por ignorância ou ingenuidade, ela compartilhou, ela assumiu. Você é responsável pelos seus atos")* é posto em xeque pelo contra-argumento de Ana em L43 ("*mas aí... o [incompreensível] maior é quem criou")*. Em seguida, em L45, Leo traz uma resposta que contesta o contra-argumento de Ana (*"o valor maior ou menor vai depender do prejuízo causado à pessoa atingida")* e elabora mais elementos para sustentar sua perspectiva (L45-46) *("Aí a justiça quem vai decidir, valor maior ou menor...")*, resposta esta que contesta o contra-argumento e formula mais elementos para fundamentar o ponto de vista inicial.

## 7. À guisa de conclusão

Este capítulo teve como objetivo focar nos fundamentos e no *design* de um programa de intervenção sistemática focado na prática sistemática de argumentação como recurso para estimulação cognitiva para idosos. A argumentação é uma atividade social de natureza eminentemente discursiva realizada através da defesa de pontos de vista e consideração a perspectivas contrárias, com o objetivo último de aumento ou redução da aceitabilidade das perspectivas em questão (LEITÃO, 2007 a, 2007 b, 2008 a, 2008 b).

Neste estudo foi usada uma adaptação do Modelo do Debate Crítico (MDC) (FUENTES, 2009, 2011). A escolha da adaptação do MDC como método da intervenção ocorreu por se tratar de uma situação social de intensa produção argumentativa, que estimula ativamente a produção dialógica de argumentos e pelo potencial de geração de reflexão.

ISBN 978-65-86901-26-9

Dentre os principais desafios encontrados estavam a frequência dos participantes, pois alguns residiam em municípios distantes; cuidados para não cansar os participantes; manter a equipe e os participantes motivados, dando-lhes espaço para *feedbacks* e possíveis ajustes durante a intervenção. Outro grande desafio foi realizar as diversas fases do estudo durante a pandemia do COVID-19.

Análises sobre possíveis mudanças e transformações na produção e avaliação dos argumentos dos participantes e sobre os possíveis efeitos longitudinais na cognição dos participantes estão em andamento e serão foco de publicações futuras.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ANDERSON, N. D., CRAIK, F. I. M., NAVEH-BENJAMIN, M. The attentional demands of encoding and retrieval in younger and older adults: Evidence from divided attention costs. *Psychology and Aging*, *13*, 1998, 405–423.

ANDERSON, R.C., CHINN, C., WAGGONER, M., NGUYEN, K. Intellectually stimulating story discussions. In OSBORN, F. LEHR, F. (Eds.), *Literacy for all: Issues in teaching and learning*, pp. 170–186, New York: Guilford, 1998.

ANGELL, R. B. *Reasoning and logic*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts, 1964.

AZAMBUJA, L. S. Avaliação neuropsicológica do idoso. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 4 (2). Passo Fundo: 40-5, 2007.

BAKHTIN, M., VOLOSHINOV, V. *Marxismo e filosofia da linguagem.* São Paulo: Hucitec, 1995.

BALL et al.. Effects of Cognitive Training Interventions With Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, *288*(18), 2271–2281, 2002.

BILLIG, M. *Arguing and thinking.* Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 1987.

_____. Prejudice, categorization and particularization: From a perceptual to a rhetorical approach. *European Journal of Social Psychology,* 15, pp. 79-103, 1985. COSENZA, R. M.; MALLOY-DINIZ, L.F. Declínio cognitivo, plasticidade cerebral e o papel da estimulação cognitiva na maturidade. Em: MALLOY-DINIZ, L.F.; FUENTES, D.;

COSENZA, R. M. (orgs.) *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional.* Porto Alegre: ArtMed, 2013. cap XIII, p. 337-347.

FARACO, C. A. *Linguagem e diálogo*. Curitiba: Criar, 2003.

FUENTES, C. Elementos para o desenho de um modelo de debate crítico na escola. In: LEITÃO, S.; DAMIANOVIC, M. C. *Argumentação na Escola: O Conhecimento em Construção*. Campinas: Pontes, 2011. pp. 13-46.

_____. *Fundamentos del debate como instrumento educativo: reglas de funcionamiento y sistema de evaluación*. Santiago, Chile: 2009.

HALPERN, D. F. *Thought and knowledge.* Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1984.
IRIGARAY, T. Q. Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição, na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos saudáveis. Tese em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009.

KATS, D, PATEL, M. D. , PALTA, P. et al. Social support and cognition in a community-based cohort: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Age Ageing* 2016; 45: 475–80

KEEFER, M, W. Distinguishing Practical and Theoretical Reasoning: A Critique of Deanna Kuhn's Theory of Informal Argument. *Informal Logic* Vol. 18, No.1. pp. 35-55. 1996.

KUHN, D. *The Skills Of Argument*. EE.UU.: Cambridge University Press, 1991.

_____. *Thinking as Argument*. Harvard Educational Review. Sum. 1992.

_____. How do people know? *Psychological Sciences* 12: pp. 1–8, 2001.

KUHN, D., UDELL, W. The development of argument skills. *Child Development*, *74*, pp. 1245–1260, 2003. doi:10.1111/1467-8624.0060

KUHN, D., SHAW, V. F. FELTON, M. Effects of dyadic interaction on argumentative reasoning. *Cognition and Instruction* 15(3): pp. 287–315, 1997.

LAO, J., KUHN, D. Cognitive engagement and attitude development. *Cognitive Development* 17(2): pp. 1203–1217, 2002.

LEITÃO, S. Argumentação e desenvolvimento do pensamento reflexivo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), p. 454-462, 2007 a.

_____. Processos de construção do conhecimento: a argumentação em foco. *Pró-posições*, v. 18, n. 3(54), p. 75-92, 2007 b.

_____. La dimensión epistémica de la argumentación. In: Edmundo Kronmuller; Carlos Cornejo. (Org.). *Ciencias de la mente: Aproximaciones desde Latinoamerica.* Santiago: J. C. Sáez, 2008. p. 89-119.

_____. O lugar da argumentação na construção de conhecimento em sala de aula. In: LEITÃO, S.; DAMIANOVIC, M. C. Argumentação na Escola: O Conhecimento em Construção. Campinas. Pontes. 2011. pp. 13-46.

LEMKE, J. Analysing Verbal Data: Principles, Methods and Problems. Em: FRASER, K.T. *International Handbook of Science Education.* pp. 1175-1189. Kluwer, 1998.

LEONTIEV, A. *O desenvolvimento do psiquismo*. Lisboa: Livros Horizonte, 1978. LOPÉS, M., MACHLUK, L. La inteligencia reflexiva y la argumentación como herramientas de construcción del bienestar psicológico. *Revista Kairós Gerontologia, 18*(N.o Especial 21), Temático: "Aspectos positivos en la vejez. Cuestiones prácticas", pp. 31-44, 2015. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

MALLOY-DINIZ, L.F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. (orgs.) *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional.* Porto Alegre: ArtMed, 2013.

MCGILLIVRAY, S., FRIEDMAN, M., CASTEL, A., Impact of Aging on Thinking. *The Oxford Handbook of Thinking and Reasoning*. Keith J. Holyoak and Robert G. Morrison, R. G. (Eds.) Chapter 33. p. 560-582. 2011.

MERCIER, H., SPERBER, D. Why do human reason? Arguments for an argumentative theory. *Behavioral and Brain Sciences*, 34(02): pp. 57-74, 2011.

PARK, D. C., BISCHOF, G. N. The aging mind: Neuroplasticity in response to cognitive training. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *15*(1), 109-119. 2013.

RAYMUNDO, T.M., BOLIGON, B., CANALES, E.B., NASCIMENTO, M.X.C., BERNARDO, L.D. Treino cognitivo para idosos: uma estratégia interventiva utilizada pela Terapia Ocupacional. *Revista Ocupación Humana*, 17 (2), 5-19, 2017.

REBOK, G. et al. Ten-Year Effects of the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Cognitive Training Trial on Cognition and Everyday Functioning in Older Adults. *The American Geriatrics Society*. 62:16–24, 2014

REZNITSKAYA, A., ANDERSON, R., MCNURLEN, B., NGUYEN-JAHIEL, K., ARCHOUDIDOU, A., KIM, S. Influence of oral discussion on written argument. *Discourse Processes*, *32*, pp. 155–175, 2001. doi:10.1207/S15326950DP3202&3-04

SAIZ, C. *Pensamiento crítico: conceptos básicos y actividades prácticas*. Madrid: Pirámide, 2002.

SUBBOTSKY, E. *Vygotsky's distiction between lower and higher mental functions and recent studies on infant cognitive development*. Disponível em http://psych.hanover.edu/vygotsky/subbot.html

VYGOTSKY, L. S. *A construção do Pensamento e da Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. (Original publicado em 1934).

# REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS PSICOLÓGICAS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

André Luís Cabral da Silva[1]

**Resumo:** Nos países em desenvolvimento como o Brasil, o aumento de idosos ocorre rapidamente. As ações de cuidados com as pessoas idosas e as demandas de atenção de longo prazo crescem, inclusive a procura por vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs. Este artigo objetivou refletir sobre os serviços nas ILPIs do Brasil, inferindo algumas contribuições importantes da psicologia para os cuidados institucionais. Buscou-se observar as demandas existentes nas ILPIs, utilizando o método da Revisão Integrativa da Literatura. Analisou-se 21 artigos disponíveis na íntegra em bases de dados da LILACS, IBECS, BDENF e INDEX PSI. Verificou-se que o ambiente das ILPIs apresenta poucos recursos sociais de apoio, escassez de pessoas especializadas que possam oferecer suporte emocional aos cuidadores profissionais e aos idosos. A maior participação dos profissionais da psicologia deve existir nas ILPIs, considerando que a falta de suporte emocional interfere na qualidade do serviço prestado aos idosos institucionalizados.

**Palavras- chave:** cuidadores; psicologia; ILPI; envelhecimento.

1 Doutorando em Psicologia Clínica (UNICAP), Mestre em Gerontologia (UFPE), Graduado em Psicologia (FAFIRE). Professor de Psicologia do Centro Universitário dos Guararapes (UNIFG). andre.cabral@unifg.edu.br

## Introdução

O crescimento no número de pessoas idosas no Brasil está estimulando todos os setores para a criação de novos serviços e adaptações que visam às demandas dessa parcela da população, pois o envelhecimento populacional continuará a se fixar como característica social. Dessa forma, considera-se importante refletir sobre as responsabilidades intersetoriais, tanto públicas, como privadas, direcionadas para as pessoas idosas.

Segundo Freitas e Py (2011) a transição demográfica ocorre pelo aumento rápido da participação do grupo etário de 60 e mais anos no total da população, especialmente nos países em desenvolvimento. Este expressivo aumento da população idosa ocorre nos países da América Latina e, em particular, no território brasileiro, conforme descrevem Berzins e Borges (2012).

Há necessidade de se redefinirem as políticas para a população idosa, com vistas inclusive à geração de novos recursos e infraestrutura, considerando as diretrizes como o Envelhecimento ativo. A Organização Pan-Americana da Saúde (2005) preconiza que o Envelhecimento Ativo é uma política e um processo gerador de oportunidades na saúde, participação dos idosos na sociedade e segurança, cujo objetivo está na expectativa de uma vida saudável, com qualidade de vida àqueles que envelhecem.

Considera-se ainda que a necessidade do atendimento integral às pessoas velhas se intensifica com a longevidade, que é um fenômeno cada vez maior. Se por um lado, viver mais é considerado uma conquista favorável, por outro, existe maior possibilidade de doenças crônicas, degenerativas e incapacidades, e isto tem levado ao aumento da institucionalização de pessoas idosas (GRISON; ALVES; FALEIROS, 2015).

Concomitantemente ao crescimento da institucionalização e devido às incapacidades na saúde, o papel de cuidador informal das pessoas idosas, muitas vezes evidenciado nos (as) filhos (as), especialmente do gênero feminino, tem se modificado com a emancipação das mulheres e a diminuição do número de filhos por casal.

Araújo e Lopes (2010) apontam que desde 1970 a sociedade brasileira tem vivido com fatores que diminuem o número de cuidadores, como a diminuição da taxa de natalidade e de mortalidade, adiamento na idade das núpcias, aumento da escolaridade feminina, entrada crescente da mulher no mercado de trabalho, o aumento de separações e de novos arranjos familiares, assim como o crescente número de pessoas que não se casam.

ISBN 978-65-86901-26-9

Segundo a OMS (2015) a responsabilidade do cuidado de longo prazo muitas vezes é deixada inteiramente às famílias, entretanto com o desenvolvimento socioeconômico e as mudanças nos papéis tradicionais das mulheres, essa prática familiar não é mais sustentável.

Diante desses fatores mencionados e com o aumento da população idosa, torna-se evidente as dificuldades apresentadas por muitos familiares na tarefa de cuidar, e que indicam a tendência crescente na procura por vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs (SILVA; SANTOS; SILVA; SOUZA, 2009).

As ILPIs, espaços garantidos pela Lei, são prestadoras dos serviços de moradia, saúde e, especialmente, assistência social, buscando prover as necessidades básicas de pessoas idosas, dentre elas, alimentação, cuidado integral à saúde e apoio social, jurídico e administrativo (CASTRO; DEHUM; CARREIRA, 2013).

Os Direitos Humanos especificamente voltados para este coletivo estão referenciados na Constituição de 1988, na Política Nacional do Idoso de 1994, na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2003 e, sobretudo na Lei 10.741 de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Nesta última, está expresso o direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, desacompanhado de seus familiares, ou quando assim o desejar, nas instituições públicas, filantrópicas ou privadas como as ILPIs.

As ILPIs integram o sistema assistencial que tem como objetivo assistir aos idosos dependentes ou independentes, em estado de vulnerabilidade social, e sem vínculo familiar ou sem condições de prover as suas necessidades fundamentais como moradia, saúde, alimentação, ou convivência social.

Constata-se, no Brasil, a necessidade de reestruturação das ILPIs como espaços de bem-estar, e provisão de cuidados necessários aos que a elas recorrem. As ILPIs ainda são estereotipadas, vistas como abrigos de pessoas velhas abandonadas, não sendo reconhecidas como ambiente terapêutico e institucional de preservação e cuidado (MEDEIROS; OLIVEIRA; LIMA; NÓBREGA, 2015).

A OMS (2015) destaca que o papel do governo será o de organizar, treinar e prestar suporte aos cuidadores, garantir que a integração ocorra entre os vários serviços (saúde, assistência social, previdência, transporte, habitação, educação, cultura e lazer, dentre outros), favorecendo a qualidade e a complementaridade dos serviços prestados para aqueles idosos que mais precisam.

ISBN 978-65-86901-26-9

A equipe multiprofissional presente nas ILPIs deve ser composta também pelo psicólogo, para assistir integralmente a pessoa idosa no contexto das instituições, como descreve Silva e Santos (2010). Segundo o Conselho Federal de Psicologia - CFP (2005), pelas diversidades que configuram o exercício dessa profissão, há uma crescente inserção do psicólogo em contextos institucionais e em equipes multiprofissionais.

Assim, para este artigo, considerou-se a participação da psicologia nas Instituições de Longo Prazo para Idosos, objetivando-se refletir sobre os serviços nas ILPIs do Brasil, inferindo contribuições da psicologia para cuidados institucionais de mais qualidade, e para isto utilizou-se o método da revisão da literatura.

Diante disso, este artigo se divide em três tópicos, sendo o primeiro deles sobre o método cientifico das Práticas Baseadas em Evidências - PBE, descrevendo os passos da revisão sistemática integrativa da literatura. O segundo tópico descreve os resultados e impulsiona a discussão, de modo a evidenciar as demandas nas ILPIs, conforme propõe Grupo Anima Educação (2014). Por último, apresentam-se reflexões que visam a contribuir com os profissionais da psicologia na prática das ILPIs.

## Método

Considerou-se a necessidade de compreender as realidades de ILPIs no Brasil, atuais demandas existentes nessas referidas instituições assistenciais, para posteriormente refletir sobre como a psicologia pode contribuir na qualidade dos serviços nesses espaços.

Utilizou-se a Prática Baseada em Evidências – PBE, por meio do método da Revisão Integrativa da Literatura, e percorrendo etapas convencionais desse procedimento científico, foi possível examinar demandas e intervenções no contexto das ILPIs.

Conforme Mendes, Silveira e Galvão (2005), a PBE é uma prática que permite a solução de problemas e a tomada de decisões, considerando as melhores e mais recentes evidências sobre as competências clínicas dos profissionais, os valores e as preferências dos pacientes dentro do contexto do cuidado.

Deste modo, compreende-se que a análise de pesquisas relevantes, que é proporcionada pela Revisão Integrativa de Literatura, possibilita uma síntese

ISBN 978-65-86901-26-9

do conhecimento existente sobre determinado assunto, dando suporte a novas decisões e práticas dos profissionais.

Foi definida a pergunta norteadora: como as produções científicas descrevem as demandas dos cuidadores de idosos das ILPIs?

Buscou-se artigos referentes ao século XXI, sendo as fontes pesquisadas referentes aos anos 2001 a 2016, existentes no Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud - IBECS, Base de Dados de Enfermagem – BDENF e Index Psicologia Periódicos Técnicos Científicos – INDEX PSI.

A seleção dos estudos passou por dois revisores, de forma independente, um psicólogo e uma assistente social, sendo as buscas nas bases realizadas, respectivamente, nos dias 05 de julho de 2017 e 12 de Julho de 2017.

Foi escolhido o descritor "Instituição de Longa Permanência para Idosos", conforme os Descritores em Ciências da Saúde- DeSC, no cruzamento com os termos Cuidador e "Qualidade de Trabalho", pelo operador booleano AND. Foram respeitados os plurais e as traduções no idioma inglês e espanhol.

Como critérios de inclusão à pesquisa estabeleceram-se os artigos que apontam à qualidade do trabalho dos cuidadores formais de idosos nas ILPIs no Brasil, cujos textos são completos e disponíveis online, nos idiomas português, espanhol e inglês.

Os critérios de exclusão incluíam todos os artigos que não se referenciam às realidades dos cuidados oferecidos nas ILPIs do Brasil, livros, manuais, teses, dissertações e outros estudos de revisão de literatura, também foram excluídos. Foram ainda eliminados, os artigos achados em duplicidade nas bases de dados e aqueles que não se adéquam às exigências científicas metodológicas de instrumento padronizado. Considerando a necessidade de avaliar os artigos por critérios que os validem, se utilizou o instrumento padronizado *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* – COREQ.

Os artigos considerados satisfatórios para essa pesquisa e que corresponderam a mais que a metade dos itens de avaliação postos pelos COREQ, foram considerados.

As análises dos artigos consideraram os sujeitos, os objetivos, o método, os resultados e as conclusões do estudo, destacando às condutas dos cuidadores e as necessidades para os serviços de qualidade nas ILPIs.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados, destacando os resultados, a discussão e as conclusões ou considerações finais.

## Resultados

Inicialmente, foi encontrado o total de 1.063 artigos para leitura dos resumos e palavras-chave. Depois de considerados os critérios de inclusão, exclusão e a avaliação pelo instrumento COREQ, 21 artigos foram selecionados para a análise.

**Quadro 1 - Artigos analisados**

| TÍTULO DO ARTIGO | (ANO) PERIÓDICO | AUTORES (AS) |
|---|---|---|
| Desafio para o cuidado digno em Instituição de Longa Permanência | (2016) *Rev. Bioét.* (Impr.), 24(2): 395-406 | Clos, M. B., e Grossi, P. K. |
| O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem | (2015) *Rev. Gaúcha Enferm.*, 36(1): 56-61 | Medeiros, F. de A. L., Oliveira, J. M. M., Lima, R. J. de, e Nóbrega, M. M. L.da |
| O imaginário de um grupo de cuidadores de idosos institucionalizados no cotidiano asilar | (2015) *Rev. Kairós Gerontologia*, 18(1):177-197 | Grison, E. M. C., Alves, V. P., e Faleiros, V. de P. |
| Organização do trabalho de enfermagem nas instituições de longa permanência para idosos: relação com o prazer e sofrimento laboral | (2015) *Texto Contexto Enferm.*, 24(3): 756-65 | Mariano, P. P., Baldisse, V. D. A., Martin, J. T., e Carreira, L. |
| Qualidade de vida de cuidadoras formais de idosos | (2015) *Rev. Baiana de Enferm.*, 29(2):156-163 | Reis, L. de Araújo, Neri, J. D. C., Araújo, L. L. de, Lopes, A. O. S., e Cândido, A. da S. C. |
| Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais | (2014) *Rev. Kairós Gerontologia*, 17(3): 111-131. | Silva, M. P., e Falcão, D. V. da S. |
| Habilidades de resolução de problemas e indicadores de bem-estar emocional em profissionais de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos | (2014) *Rev. Kairós Gerontologia*, 17(2): 239-255. | Ghandour, A.; Padovani, R. da C., e Batistoni, S. S. T. |
| Perfil dos colaboradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) | (2014) *Rev. Kairós Gerontologia*, 17(1): 219-230. | Araújo, C. L. de O., Lopes, C. M., Santos, G. R., e Junqueira, L. P. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| TÍTULO DO ARTIGO | (ANO) PERIÓDICO | AUTORES (AS) |
|---|---|---|
| Satisfação dos idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma instituição asilar | (2013) *J. Res.: fundam. care (Online)*, 5(4): 493-02 | Castro, V. C. de; Derhun, F. M., e Carreira, L. |
| Orientações políticas e prática profissional em instituições de longa permanência para idosos | (2013) *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, 18(1):119 – 135 | Silva, J. A. C., e Almeida, M. H. M. de |
| Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer | (2013) *Rev.Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9):2635-2644, | Oliveira, P. P. de, Amaral, J. G.,Viegas S. M. da F., e Rodrigues, A. B. |
| Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e sua influência sobre o ato de cuidar | (2011) *Estudos e pesquisas em psicologia*, 11(2): 590-613 | Sampaio, A. M. O., Rodrigues, F. N., Gonçalves, P.V., Rodrigues, S. M., e Dias, C. A. |
| Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas | (2011) *REME – Rev. Min. Enferm.*,15(3): 348-355 | Vieira, C. P. de B., Gomes, E. B., Fialho A. V. de M., Silva, L. de F. da, Freitas, M. C. de, e Moreira, T. M. M. |
| Bem-me-quer, mal-me-quer: uma análise dos cuidados dispensados ao idoso asilar | (2011) *Rev. Kairós Gerontologia*, 14(6): 73-93. | Casadei, M. C., Silva, A. C. B. da, e Justo, J. S. |
| Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026 | (2010) *Acta Paul Enferm.*, 23(6):775-81 | Silva, B. T. da, e Santos, S. S. C. |
| Instituições de Longa Permanência para Idosos: possibilidades contemporâneas de moradia | (2010) *Rev. Kairós Gerontologia*, 13(8): 45-60. | Araujo, E. N. P. de, e Lopes, R. G. da C. |
| Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidad | (2010) *Rev.Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 4(33): 359-69 | Freitas, A. V. da S., e Noronha, C. V. |
| Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos | (2009) *Rev. Bras. Enferm.*, 62(6): 870-875 | Ribeiro, M. T. de, Ferreira, R. C.; Magalhães, C. S. de, Moreira, A. N., e Ferreira, E. F. e |
| Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem | (2009) *Rev. Rene*, 10(4): 118-125 | Silva, B. T. da; Santos, S.S.C., Silva, M. R. S. da, e Sousa, L. D. de |

| TÍTULO DO ARTIGO | (ANO) PERIÓDICO | AUTORES (AS) |
|---|---|---|
| Os idosos e as instituições asilares do município de campinas | (2002) *Rev. Latino-am Enferm.*,10(5):660-666 | Yamamoto, A., e Diogo, M. J. D. |
| Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato | (2001) *Rev. latino-am. Enferm.*, 9(1): 7-12 | Rodrigues, R. A.P., Andrade, O. G. de, e Marques, S. |

No IBECS nenhum artigo foi selecionado considerando os critérios de inclusão e exclusão, e a avaliação. Na base de dados LILACS 08 artigos foram selecionados, na BDENF, 06 artigos, e no Index Psicologia Periódicos Técnicos Científicos foram 07 estudos para análise.

Considerando os anos de publicações dos artigos analisados apenas 01 foi publicado em 2016, 04 dos artigos selecionados foram publicados em 2015, 03 em 2014, 03 em 2013, 03 em 2011, 03 no ano de 2010 e em 2009 apenas 02 foram encontrados. Nos anos 2003 a 2008 não se verificou artigos sobre o trabalho dos cuidadores em ILPIs nas bases pesquisadas. Nos anos de 2002 e 2001 apenas dois artigos foram verificados, sendo um em cada ano. Compreendeu-se que até 2015 houve um crescimento das publicações sobre os cuidados nas ILPIs, mesmo parcamente, e uma queda no número de publicações no ano seguinte.

Em relação às especialidades científicas que se dedicaram aos estudos, 12 artigos foram verificados na área da Enfermagem; 05 em Psicologia; 02 em Serviço Social, 01 em Terapia Ocupacional e 01 em Odontologia. Esses resultados sugerem que houve a participação maior da enfermagem do que outras áreas profissionais, em relação às publicações sobre os cuidados de qualidade nas ILPIs.

Em relação às cidades do Brasil, observou-se que o estado de São Paulo, com 09 artigos publicados, foi o território que mais publicou em relação aos cuidadores das ILPIs.

Referente às abordagens científicas dos artigos, verificou-se que os estudos qualitativos estão em maioria. Dos estudos, 17 são de natureza qualitativa; 03 artigos se descreveram como mistos ou quali-quantitativos e apenas 01 artigo foi quantitativo.

A maioria das pesquisas encontradas nos artigos foi realizada nas ILPIs privadas e filantrópicas, que são as predominantes no Brasil, se comparada às públicas. Assim, verificou-se a necessidade de mais estudos que representem as ILPIs públicas no território brasileiro.

## Discussão

### Os cuidadores e as Instituições de Longa Permanência para Idosos

Considerando a população idosa menos favorecida economicamente, destaca-se a importância na efetivação de políticas públicas voltadas às necessidades da pessoa idosa. É necessário o maior número de ILPIs públicas no Brasil, visando ao atendimento de grupos com menor poder aquisitivo, e que se encontrem em situação de vulnerabilidade e necessidades de cuidado integral, como definem Silva e Santos (2010).

A substituição do modelo de cuidado às pessoas idosas cujo foco é somente nas doenças biológicas, pelo ideal do cuidado individualizado e integrado, respeitando as particularidades dos sujeitos, e estimulando o relacionamento entre o cuidador e a pessoa idosa, foi um dos temas mais observados nos estudos.

O atendimento precisa estar centrado na integralidade e não em aspectos, apenas, de ordem assistencialista, que inibem a promoção do envelhecimento ativo, e se voltam apenas a ações focadas na demanda de atividades cotidianas como o controle de doenças, conforme citam Medeiros et al., (2015).

Para uma melhor compreensão sobre os serviços nas ILPIs, percebeu-se a necessidade de ajustamentos do conceito que define o que é o cuidador profissional, diferenciando-o do cuidador informal e até mesmo de outros cuidadores formais. Entende-se que em alguns estudos há a especificação desse profissional, enquanto que em outros existe uma generalização desse conceito para um grande grupo de profissões.

Vieira, Gomes, Fialho, Silva, Freitas e Moreira (2012), especificam que os cuidadores formais compreendem todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob a forma de prestação de serviços. Casadei, Silva e Justo (2011) descrevem que o cuidador é um prestador de relevantes serviços aos idosos, o seu trabalho não é reconhecido como uma profissão e sim como ocupação, pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). O perfil dos cuidadores nas ILPIs do Brasil é em sua maioria do sexo feminino. A maior parte são as técnicas e auxiliares de enfermagem com pouca escolaridade superior, nível médio e cursos técnicos e renda de 1 a 2 salários mínimos, com idades maiores que 30 e menores que 60 anos e pouco treinamento ou formação específica para o cuidado com os idosos.

ISBN 978-65-86901-26-9

Alguns pontos são frequentes na maioria dos estudos analisados, como é o caso da necessidade das formações e capacitações dos cuidadores. Segundo Medeiros, Oliveira, Lima e Nóbrega (2015), o cuidado sistematizado e individualizado de que necessitam as pessoas idosas, é permeado por alguns obstáculos institucionais como diminuição de pessoal capacitado, impedindo que ações específicas aos idosos sejam efetivadas e planejadas.

Entende-se que o atendimento realizado pela equipe deve ser focado na assistência integral da pessoa idosa, levando em conta que cada membro dessa população apresenta necessidades específicas no cuidado, como descrevem Castro et al., (2013).

Segundos os artigos analisados, nas formações profissionais brasileiras ainda há pouca atenção aos debates sobre envelhecimento, e faltam disciplinas nas grades curriculares das Instituições de Ensino Superior – IES, ou mesmo cursos que preparem para as práticas de cuidados com o envelhecimento. Mesmo que esta constatação esteja nos acervos científicos desde o início deste século, como mostra os estudos desta pesquisa, observam-se poucos avanços das IES para sanar essa demanda, nesse cenário educacional junto a uma transição demográfica.

Descrevem Rodrigues, Andrade e Marques (2001) que a falta de conhecimento formal de cuidadores para cuidar das pessoas idosas pode ser explicado pela ausência de uma política de preparação de recursos humanos na área de gerontologia e geriatria, não somente nas Universidades, mas também nas diversas Instituições hospitalares e ILPIs.

Para os profissionais cuidadores estarem devidamente preparados para cuidar e assistir à pessoa idosa em ILPI é preciso a maior sensibilização das Instituições de Ensino Superior (IES) para oferecimento de disciplinas voltadas ao atendimento das necessidades desse coletivo, como destacam Silva e Santos (2010).

É importante frisar que, os próprios profissionais com curso superior ou técnico, descreveram a importância para trabalho nas ILPIs com uma boa formação e o ensino formal não lhes forneceu o embasamento suficiente para sua prática. Esse resultado sugere a necessidade de reestruturação do estágio profissional nos cursos de formação, conforme expõem Ribeiro, Ferreira, Magalhães, Nogueira, Moreira e Ferreira (2009).

As poucas condições técnicas por falta de capacitação de seus profissionais, quanto a conhecimentos, caracteriza uma má qualidade da assistência, o que resulta em atendimento de baixa resolubilidade, comprometendo a

ISBN 978-65-86901-26-9

qualidade de vida dos idosos institucionalizados, como citam Araújo, Lopes, Santos e Junqueira (2014).

Ratificada em lei, essa mudança na atuação da educação precisa ser ofertada para o benefício das pessoas idosas. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) corrobora a inclusão nos currículos escolares de disciplinas que abordem o processo do envelhecimento, a desmistificação da senescência, como sendo diferente de doença ou de incapacidade, valorizando a pessoa idosa e divulgando as medidas de promoção e prevenção de saúde em todas as faixas etárias. Esta mesma Lei define ainda a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços, visando à qualidade dos cuidados às pessoas na velhice.

Defendem Silva e Santos (2010) que os trabalhadores, especialmente administradores e gerentes das ILPIs, deverão ser profissionais competentes à função, com conhecimento específico sobre a pessoa idosa.

Entretanto, são frequentes nestas instituições, os trabalhadores com pouca ou nenhuma capacitação em gerontologia, atuando em número pequeno de trabalhadores, com baixa remuneração e com acúmulo de funções como apontam Silva et al., (2009).

Ainda sobre a capacitação ou treinamento dos cuidadores, considera-se os profissionais que trabalham nas ILPIs como corresponsáveis pela implantação e implementação de políticas públicas para o setor. Aponta-se a necessidade de sua capacitação continuada para esses fins na participação política, como dispõem Silva e Almeida (2013).

Outro ponto que chama a atenção em grande parte dos artigos analisados se refere à baixa remuneração para os cuidadores formais da ILPIs, além da sobrecarga física e emocional.

A sobrecarga física no trabalho com as pessoas idosas é uma das características nas ILPIs bastante evidenciadas nos artigos em comento, pois os profissionais realizam grande esforço físico durante o cuidado.

A baixa remuneração pode levar os cuidadores a buscarem uma forma de complementação salarial, contribuindo para o estresse e o comprometimento da qualidade de vida e do trabalho desses profissionais, como descrevem Reis, Neri, Araújo, Lopes e Cândido (2015).

O baixo salário é um ponto desfavorável ao exercício dos profissionais em ILPIs que juntamente com o excesso de responsabilidade para com os idosos, torna a remuneração incompatível ao serviço prestado, conforme apontam Silva e Falcão (2014).

A cronificação do estresse ocupacional, como reação à tensão emocional crônica que envolve os contextos profissionais, pode gerar doenças para os cuidadores, como a Síndrome de Burnout, como especificam Mariano, Baldisse, Martim e Carreira (2015).

Um dos aspectos negativos evidenciados na profissão de cuidadoras numa ILPIs foi a vivência compartilhada pelos idosos do sentimento de perda e da aproximação com a morte. O contato dos cuidadores com a morte é algo rotineiro, podendo desencadear sobrecarga emocional, ansiedade e depressão, conforme Silva e Falcão (2014). Desse modo, sublinha-se que para melhorar a qualidade de vida do coletivo idoso e a qualidade do trabalho nas ILPIs, torna-se necessária a presença do psicólogo, visando, assim, atender às necessidades emocionais e relacionais existentes nessas instituições, como também elucidam Silvana e Santos (2010).

## Profissionais da psicologia e o apoio aos serviços nas ILPIs

Estudar é uma atividade que é apontada como um fator de proteção ao bem-estar psicológico, na seguinte relação: quanto mais anos de estudo do indivíduo, maiores as competências e habilidades deste para o alcance de satisfação com a vida e de equilíbrio dos afetos e das emoções, como se observou em Araújo et al., (2014).

As análises dos artigos apontaram para resultados que destacam a necessidade de programas educativos com foco no apoio emocional dos cuidadores, especialmente às ansiedades, aspectos depressivos e transtornos psicológicos como a Síndrome de *Burnout* como expõem Silva e Falcão (2014).

Programas educativos nas ILPIs, com o intuito de aprender a lidar melhor com o idoso, a heterogeneidade da velhice, o processo de morte e o morrer, e autocuidado, podem ser coordenados pelos profissionais psicólogos com conhecimentos em gerontologia.

Entende-se que os psicólogos procedem ao estudo e análise dos processos intrapessoais e das relações interpessoais, possibilitando a compreensão do comportamento humano individual e de grupo, no âmbito das instituições. O conhecimento teórico e técnico da psicologia é aplicado para identificar e intervir nos determinantes das ações e dos sujeitos, considerando a história pessoal, familiar e social, vinculando-as também às condições políticas, históricas e culturais, conforme mostra o Conselho Federal de Psicologia (1992).

ISBN 978-65-86901-26-9

Constata-se ainda, que o desconhecimento de aspectos psicológicos, emocionais e sociais específicos do idoso, por parte dos profissionais que prestam assistência nas ILPIs, contribui para as deficiências na compreensão do sujeito e para o atendimento inadequado, como explicam Castro et al., (2013).

Dessa maneira, o olhar da psicologia dentro das ILPIs pode dedicar-se, a percepção de si, do outro e dessa relação, como também a solidão real e fantasiada vivida pelos idosos, às mudanças biológicas reais ou fantasiadas, o medo da morte de pessoas queridas e do morrer, as estereotipias e suas consequências, a velhice como desculpa para realizar ações novas, os lutos e as perdas (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA SEGUNDA REGIÃO, 2017).

Outros aspectos como a sexualidade, as relações familiares e conjugais, motivação para adesão a tratamentos e cuidados, depressões, ansiedades, demências, conflitos internos ou externos e intergeracionais, além das elucidações sobre as dificuldades emocionais e cognitivas que são comuns na velhice, podem ser trabalhados pelos profissionais da psicologia, como cita o Conselho Regional de Psicologia da Segunda Região (2017).

Considera-se que nas ILPIs verifica-se um acúmulo de responsabilidades pelos cuidadores, o que gera conflitos entre a equipe e desgaste psicológico diante das decisões que devem ser tomadas, levando ao sofrimento laboral. Essa realidade pode comprometer a assistência ao idoso, bem como a saúde física e mental dos trabalhadores, conforme especificam Mariano et al., (2015).

O conflito nas equipes profissionais pode ser trabalhado por profissionais da psicologia pelos manejos adequados e propostos por essa especialidade, como as psicoterapias e ou outras formas de intervenções como a psicoeducação e os grupos reflexivos ou operativos.

Há um consenso que a psicoterapia é um método de tratamento mediante o qual o psicólogo, através da comunicação verbal e da relação terapêutica realiza intervenções aos sujeitos, auxiliando na mudança de problemas emocionais, comportamentais e cognitivos (CORDIOLI, 2008).

Nos estudos analisados, chama à atenção a porcentagem de indivíduos que relataram níveis moderados e altos de estresse e ansiedade. Pode-se dizer que, do ponto de vista profissional, esses dois fatores integrados levam, muitas vezes, ao desgaste psicológico, e certo afastamento afetivo entre ele e os indivíduos cuidados, podendo afetar diretamente na qualidade desse cuidado e, até mesmo, desistência da profissão, como definem Ghandour, Padovani e Batistoni (2014).

Evidenciou-se a importância do trabalho continuado de psicólogos para promover um espaço de escuta e esclarecimentos nas ILPIs, conforme Mariano et al., (2015). Considera-se que o trabalhador possui uma história pessoal, presente e pregressa, que se relaciona com a qualidade de suas aspirações, desejos e necessidades psicológicas, e que pode facilitar ou dificultar a qualidade nos serviços aos idosos, segundo Oliveira, Amaral, Viegas e Rodrigues (2013).

Além disso, muitos profissionais de saúde que convivem diariamente com a possibilidade de morte de um paciente sentem uma necessidade de atendimento/acompanhamento psicológico. Assim, os cuidadores serão mais capazes de ajudar, se começarem a conceber a própria morte e dos pacientes, como relatam Oliveira e cols.(2013).

É importante que os profissionais de saúde expressem suas responsabilidades e limitações, pois há ações e respostas que são intersubjetivas e que podem tornar o cuidado mais humanizado quando compreendidas. A compreensão das relações e subjetividades ajuda no ato de cuidar realizado pelo cuidador, interagindo com o idoso para ajudá-lo no enfrentamento de suas realidades, inclusive, no reconhecimento de suas potencialidades ou mesmo nos processos da morte e do morrer.

Observa-se, ainda, que a visão negativa dos cuidadores acerca dos idosos geram defesas psicológicas. Os profissionais podem se projetar para o futuro e se imaginar enfrentando as possíveis realidades dos idosos, interferindo na qualidade do cuidado, segundo Sampaio, Rodrigues, Pereira, Rodrigues e Dias (2011).

A condição causal do despreparo para assistir ao morrer e à morte, e a fragilidade frente a esse processo, levam a ideia de que é necessário que as instituições disponibilizem a seus profissionais, dinâmicas de grupo, cursos e apoio psicológico, como afirmam Oliveira et al., (2013).

Nas atividades realizadas pelos psicólogos, a Psicogerontologia é uma ferramenta teórica importante, pois facilita o entendimento do processo de envelhecimento, que é único e singular, e que não deve apenas ater-se ao reducionismo das diferentes áreas de estudo, mas sim à interdependência dos vários aspectos existenciais. Por meio da implantação de serviços psicogerontológicos nas ILPIs, nos grupos de idosos, familiares e funcionários, verificaram-se nos artigos analisados evidências sobre a melhora na dinâmica da interdependência entre essas pessoas idosas e os setores que prestam o cuidado visando à humanização, como expõem Araújo e Lopes (2010).

ISBN 978-65-86901-26-9

Entretanto, verificou-se que o ambiente das ILPIs apresentou poucos recursos sociais de apoio, escassez de pessoas especializadas que possam dar suporte e apoio emocional (GRISON; ALVES; FALEIROS, 2015). Entende-se com isto, que os profissionais psicólogos precisam ser valorizados como indispensáveis para a saúde mental adequada dos cuidadores e idosos institucionalizados.

Sampaio e cols.(2011) elucidam que aspectos psicológicos como a afinidades e o amor, antes mesmo de exercer os cuidados, são demonstrados pelos cuidadores, mas para que esses afetos sejam sentidos pelos profissionais como conduta, primeiramente se faz necessário que esses profissionais recebam a sustentação física e psíquica.

A postura assumida pelos cuidadores para com o idoso pode agravar, muitas vezes, a condição emocional deste último, que se sente abandonado, advertem Casadei et al., (2011).

O apoio psicológico deve ser fornecido nas ILPIs, pois se evidenciam a falta do preparo emocional, de qualificação educativa, da atenção necessária à relação com o idoso, do suporte emocional e social, como interferências à satisfação desse profissional em relação ao trabalho e ato de cuidar. Os equívocos no cuidado em relação ao processo de envelhecimento, a negatividade por meio das fantasias e confusões se mostraram presentes na percepção dos cuidadores, segundo Sampaio et al., (2011).

Diante desse cenário evidenciado por meio dos artigos, compreende-se que se deve investir na saúde mental através da psicologia, visando à qualidade do trabalho nas ILPIs.

A percepção mais positiva durante o exercício da profissão pelos cuidadores contribui para que estes profissionais demonstrem mais afeto, responsabilidade e amor, favorecendo o desenvolvimento e o bem-estar dos idosos institucionalizados, como colocam Sampaio et al., (2011).

## Considerações finais

Neste artigo se considerou crescimento rápido do número de idosos no Brasil, o que impulsiona mais demandas e cuidados nos serviços públicos e privados, exigindo ações intersetoriais. Considerou-se, ainda, a importância das ILPIs e dos serviços prestados com qualidade às pessoas idosas institucionalizadas. Desta maneira, objetivou-se evidenciar a qualidade dos serviços

nas ILPIs no Brasil, refletindo sobre a contribuição da psicologia nos cuidados institucionais às pessoas Idosas,

Compreendeu-se que o acúmulo de sintomas psicológicos e dificuldades sociais pode comprometer a habilidade dos cuidadores em prestar cuidados de qualidade às pessoas idosas. Dessa maneira, se faz necessário elaboração de planejamentos pelos profissionais psicólogos, destacando os serviços psicogerontológicos que contemplem o perfil de idosos longevos, e às equipes da rede de serviços de cuidados assistenciais e da saúde.

Os profissionais psicólogos devem ser incorporados nas equipes das ILPIs, colaborando para um serviço de maior qualidade. É importante a maior percepção e valorização pelas redes de assistência e saúde, sobre às práticas de atuação da psicologia, evidenciando intervenções dessa especialidade, além de pesquisas de campo que verifiquem os benefícios dos psicólogos às ILPIs.

Salientou-se que as ILPIs são espaços que apresentam muitas demandas emocionais e relacionais que podem ser manejadas por psicólogos mediante a formação acadêmica adequada que deve incluir a psicogerontologia.

Psicólogos podem contribuir com a qualificação para as atividades realizadas por outros profissionais, elucidando as visões de mundo e de homem das teorias psicológicas. Profissionais de psicologia podem ampliar a percepção sobre os aspectos comportamentais e técnicos dos cuidadores, beneficiando as pessoas idosas e seus familiares e, ainda, motivar o trabalho dos cuidadores formais.

O psicólogo, através da compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando o acompanhamento psicológico, a intervenção psicoterápica individual ou em grupo, e grupos reflexivos ou operativos, pode atuar sobre as ansiedades e estresses, promovendo a saúde e o bem-estar.

A psicologia e suas articulações com as dimensões política, econômica, social e cultural, pode ampliar a compreensão de cuidadores nas ILPIs. O profissional de psicologia por meio da sua especialidade pode ampliar o conhecimento dos profissionais cuidadores sobre eles mesmos, e sobre as realidades que estão vinculadas aos sujeitos na velhice. Pode-se promover o entendimento às particularidades e aos estereótipos, e elucidar efeitos psicológicos que limitam potencialidades e são facilitadores de estados depressivos.

Além disso, as intervenções para o desenvolvimento das relações no trabalho, o estímulo ao planejamento de vida e de carreira dentro da ILPIs, podem ser outras ferramentas usadas por profissionais psicólogos, considerando, inclusive, os avanços das idades dos idosos e profissionais.

ISBN 978-65-86901-26-9

Os psicólogos podem ainda colaborar no planejamento interno da ILPIs, estimulando a participação dos cuidadores e idosos nos mecanismos que envolvem as políticas públicas, no reconhecimento dos direitos humanos e na prevenção da violência. Assim, compreendeu-se, através das evidências da literatura, que o profissional de psicologia é fundamental à qualidade dos serviços ofertados nas ILPIs, pois o bem- estar de idosos e profissionais pode ser ampliado pelos métodos que são promovidos e fundamentados pela psicologia.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ARAÚJO, C. L. O.; LOPES, C. M.; SANTOS G. R.; JUNQUEIRA, L. P. Perfil dos colaboradores de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), 219-230. 2014. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20894/15414

ARAUJO, E. N. P.; LOPES, R. G. C. Instituições de Longa Permanência para Idosos: possibilidades contemporâneas de moradia. *Revista Kairós Gerontologia*, 13(8), 45-60. 2010. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20940/15425

BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Orgs). *Políticas Públicas para um país que envelhece.* São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL. *Portaria nº 2.528 - Política Nacional da Pessoa Idosa.* 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

CASADEI, M. C.; SILVA, A. C. B.; JUSTO, J. S. Bem-me-quer, mal-me-quer: uma análise dos cuidados dispensados ao idoso asilar. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(6), 73-93. 2011. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/11698/8423

CASTRO, V., C.; DERHUN, F. M.; CARREIRA, L. Satisfação dos idosos e profissionais de enfermagem com o cuidado prestado em uma instituição asilar. *Journal of Reseach Fundamental Care on Line*, 5(4), 493-502. 2013. doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p493

CLOS, M., B.; GROSSI, P., K. Desafio para o cuidado digno em Instituição de Longa Permanência. *Revista bioética (Impresa)*, 24 (2), 395-406. 2016. doi: 10.1590/1983-80422016242140

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil.* 1992. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/atr_prof_psicologo.pdf

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo [Versão digital]. 2005. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA SEGUNDA REGIÃO. Mais psicologia para um país que envelhece. 2017. Disponível em: http://www.serdigital.com.br/gerenciador/clientes/crp/arquivos/373.pdf

CORDIOLI, A. V. *Psicoterapias Abordagens Atuais* (3ª. ed.). Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREITAS, A. V. S.; NORONHA, C. V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. *Interface - Comunicação, Saude e Educação (On line version)*, 14(33), 359-69. 2010. doi:10.1590/S1414-32832010000200010

FREITAS, E. V., PY, L. A. O. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan LTDA, 2006.

GHANDOUR, A.; PADOVANI R. C.; BATISTONI S. S. T. Habilidades de resolução de problemas e indicadores de bem-estar emocional em profissionais de enfermagem que atuam em Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), 239-255. 2014. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/21738/16012

GRISON, E. M. C.; ALVES, V. P.; FALEIROS, V. P. O imaginário de um grupo de cuidadores de idosos institucionalizados no cotidiano asilar. *Revista Kairós Gerontologia*, 18(1), 177-197. 2015. Disponível em: https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/ article/viewFile/25134/17936

GRUPO ANIMA EDUCAÇÃO. *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidência.* Belo Horizonte: Grupo Anima Educação, 2014.

MARIANO, P. P.; BALDISSE, V. D. A.; MARTIN, J. T.; CARREIRA, L. Organização do trabalho de enfermagem nas instituições de longa permanência

para idosos: relação com o prazer e sofrimento laboral. *Texto Contexto Enfermagem*, 24(3), 756-65. 2015. doi: 10.1590/0104-070720150-1150014

MEDEIROS, F. A. L.; OLIVEIRA, J. M. M.; LIMA, R. J.; NÓBREGA, M. M. L. O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 36(1), 56-61. 2015. doi: 10.1590/1983-1447.2015.01.45636

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, 17(4), 758-64. 2008. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018

NERI, A. L.; MÔNICA S. Y. (ORGS.). *Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos* (4ª. ed.). Campinas, São Paulo: Papirus, 2012.

OLIVEIRA, P. P.; AMARAL J. G.; VIEGAS, S. M. F.; RODRIGUES, A. B. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2635-2644. 2013. doi: 10.1590/S1413-81232013000900018

REIS, L. A.; NERI, J. D. C.; ARAÚJO, L. L.; LOPES A. O. S.; CÂNDIDO, A. S. C. Qualidade de vida de cuidadoras formais de idosos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 29(2), 156-163. 2015. doi: 10.18471/rbe.v29i2.12548

RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C.; MAGALHÃES, C. S.; NOGUEIRA, A.; MOREIRA; FERREIRA, E. F. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem,* 62(6), 870-5. 2009. doi: 10.1590/S0034-71672009000600011

RODRIGUES, R. A. P.; ANDRADE, O. G.; MARQUES, S. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. *Revista Latino-americana de enfermagem*, 9(1), 7-12. 2001. doi: 10.1590/S0104-11692001000100002

SAMPAIO, A. M. O.; RODRIGUES, F. N.; PEREIRA, V. G.; RODRIGUES, S. M.; DIAS, C. A. Cuidadores de idosos: percepção sobre o envelhecimento e

sua influência sobre o ato de cuidar. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 11(2),590-613. 2011. Disponível em: http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8396/6214

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados -opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6):775-81. 2010. Disponível em: http://www.redalyc.org/html/3070/307023868010/

SILVA, B. T.; SANTOS, S. S. C.; SILVA, M. R. S.; SOUSA, L. D. Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. *Revista RENE - Rede de Enfermagem do Nordeste (Versão impressa*), 10(4), 118-125. 2009. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4865/3583

SILVA, J. A. C.; ALMEIDA, M. H. M. Orientações políticas e prática profissional em instituições de longa permanência para idosos. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*, 18(1), 119 – 135. 2013. Disponível em: http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/25510/26995

SILVA, M. P.; FALCÃO, D. V. S. Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3),111-131. 2014. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21774/16059

VIEIRA, C. P. B.; GOMES, E. B.; FIALHO, A. V. M.; SILVA, L. F.; FREITAS, M. C.; MOREIRA, T. M. M. Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 348-355. 2011. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/44

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. J. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Revista Latino-amicana de Enfermagem* 10(5), 660-666. 2002. doi: 10.1590/S0104-11692002000500006

# SINTOMAS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA E O NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS CENTENÁRIOS

Giovana Zarpellon Mazo[1]
Damiana Lima Costa[2]
Pedro Silvelo Franco[3]
Franciele da Silva Pereira[4]

**Resumo:** O aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial. Nesse cenário de envelhecimento populacional, aumentou a prevalência das doenças crônicas, tendo como destaque a incontinência urinária, que tem como fatores de risco as mudanças morfológicas das fibras musculares e/ou fraqueza dos músculos do assoalho pélvico e a inatividade física, que podem contribuir a fragilidade. O objetivo do estudo foi identificar e relacionar os sintomas de incontinência urinária (IU) com o nível de atividade física (AF) de idosos centenários. Trata-se de um estudo transversal descritivo. O instrumento de coleta de dados utilizado foi o Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso Centenário – PAMIC, com questões referentes aos dados sociodemográficos, condições de saúde e nível de AF. Adotou-se um nível de significância de 5%. Participaram do estudo 123 idosos centenários, com média de idade de 102,6±2,55 anos, sendo 85,4% viúvos, 45,9% nunca estudou, 41,5% têm IU, 44,1% estão mais ou menos satisfeitos com a saúde e 93,5% são pouco ativos fisicamente. Não houve diferença significativa entre o nível de AF e

1 Professora Doutora Titular do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC - SC, giovana.mazo@udesc.br;

2 Doutorando(a) do Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC – SC, damilimacosta@hotmail.com;.

3 Doutorando(a) do Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC – SC, pedsilfra@hotmail.com.

4 Doutorando(a) do Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC – SC, francielpereira.fisio@gmail.com.

Órgãos de fomento à pesquisa: CNPq e FAPESC.

a presença ou não de sintomas de IU dos idosos, em média de minutos por semana (p=0,469) e entre grupo de ativo e pouco ativos (p=0,561). Apesar disso, há uma tendência de 94,1% dos centenários pouco ativos fisicamente terem IU. Conclui-se que os centenários apresentam alta prevalência de IU e de baixo nível de AF e há uma tendência dos poucos ativos terem a doença. Exercícios de fortalecimento muscular do assoalho pélvico são recomendadas para idoso longevos.

**Palavras-chave:** Centenários, Longevidade, Atividade física, Incontinência urinária.

## Introdução

O aumento da expectativa de vida é uma realidade mundial, sendo a população de "idosos longevos", aqueles com 80 anos ou mais de idade, é a que mais cresce (UN, 2019). No Brasil, o censo demográfico de 2010 demonstrou que 20,6 milhões da população eram idosos, cerca de 3 milhões de idosos longevos e 24 mil de idosos centenários (IBGE, 2010). Nesse cenário de envelhecimento populacional global, atingir idades superiores aos 100 anos não é mais fato isolado, visto que em algumas nações esse segmento aumentará cerca de 700% até 2050, em que se estimam aproximadamente 3 milhões de centenários no mundo (WACHHOLZ; BOAS, 2016, p. 41-44).

Ainda que os países e as culturas possam diferir em certos aspectos, o desafio frente à atual demografia global compreende questões centrais semelhantes, considerando as consequências a nível individual, familiar e social. No que concerne às questões individuais, a principal preocupação é se há chance de chegar aos 100 anos com saúde física e cognitiva adequada, e se pode manter uma vida satisfatória mesmo quando as limitações de saúde ocorrem (JOPP et al., 2016, p. 133-147).

De acordo com Pimenta et al. (2015, p. 2489-2498), as condições de saúde da população idosa apresentaram melhoras na última década proporcionando uma maior longevidade, no entanto aumentou a ocorrência do perfil de morbimortalidades, marcado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas. Esse conjunto de doenças crônicas comuns nos idosos, denomina-se como "síndromes geriátricas" ou gigantes da geriatria (VELTRANO et al., 2016, p. 62-67).

Dentre estas, está a incontinência urinária (IU) caracterizada de acordo com a Sociedade Internacional de Continência como qualquer perda involuntária de urina, e pode ser classificada em IU de esforço (IUE), de urgência (IUU) e mista (IUM) (D'ANCONA et al., 2019, p. 433-477). A IU é considerada uma doença das mais recorrentes e de suma importância no âmbito geriátrico, uma vez que suas consequências atingem aspectos psicológicos e sociais, modificando a qualidade de vida, diminuindo a autoestima e reduzindo a autonomia do indivíduo (MATOS et al., 2019, p. 567-575).

Mesmo sendo considerada uma das grandes síndromes geriátricas, a IU é uma alteração fisiológica não inerente ao processo de envelhecimento, entretanto, tende a manifestar-se mais frequentemente com o avançar da idade

ISBN 978-65-86901-26-9

(KESSLER et al., 2018, p. 409-419). Posto isto, o aparecimento dessa doença deve-se a multifatores como: raça branca, paridade, menopausa, histerectomia, hiperplasia de próstata e comorbidades como depressão e diabetes (LEROY; LOPES; SHIMO, 2012, p. 692-701). Além dessas condições, a IU pode também estar associada a hábitos de vida, como o sedentarismo (SILVA; SOLER; WYSOCKI, 2017, p. 1-9).

Nessa perspectiva, estudos anteriores indicaram que a prática regular de exercícios físicos e um nível de atividade física elevado são considerados fatores de proteção na ocorrência de perdas urinárias (QIU et al., 2011, p. 224-229; KIKUCHI et al., 2007, p. 868-875; LEE; HIRAYAMA, 2012, p. 35-40). Contudo, com o avanço da idade, pessoas longevas apresentam perdas progressivas nos aspectos biopsicossociais, como nas aptidões funcionais, nas capacidades físicas e nos níveis sociais, que influenciam na diminuição da prática de atividades físicas (LOPES et al., 2016, p. 76-83). Assim, idosos com mais idade apresentam comportamentos sedentários com maior frequência e redução na prática de atividade física, o que reflete negativamente sobre a saúde (BOSCATTO; DUARTE; BARBOSA, 2012, p. 132-136).

Sabendo que a IU é uma condição altamente incapacitante e onerosa, capaz de levar o indivíduo à institucionalização, quedas, fraturas, maior tempo de internação hospitalar, entre outros fatores que aumentam a fragilidade e afetam diretamente na qualidade de vida (GIRALDO-RODRÍGUEZ et al., 2019, p. 1932-1943; WANG et al., 2017, p. 111- 117), torna-se necessário abranger a prática sistemática de atividades físicas no cotidiano dos idosos, tendo em vista que o sedentarismo é um grande fator de risco para o desenvolvimento de doenças, e os efeitos da prática regular são benéficos na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento (TOSCANO; OLIVEIRA, 2009, p. 169-173). Sendo assim, este estudo teve como objetivo identificar e relacionar os sintomas de incontinência urinária (IU) com o nível de atividade física (AF) de idosos centenários.

## Metodologia

### Tipo de estudo e aspectos éticos

O estudo é caracterizado como transversal descritivo. A pesquisa faz parte do Projeto SC 100: Estudo Multidimensional dos Centenários de Santa Catarina, desenvolvido no Laboratório de Gerontologia (LAGER) do Centro

de Ciências da Saúde e do Esporte (CEFID) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) (MAZO, 2017a), o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética Envolvendo Seres Humanos (CEPSH) desta instituição, nº 1.468.034/2014, sob o CAAE 21417713.9.0000.0118. A pesquisa satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde sob a resolução 466/2012. Para participar do estudo, o idoso centenário ou seu familiar/cuidador principal assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Participantes do estudo

Foram localizados 123 centenários nas mesorregiões da Grande Florianópolis, Vale do Itajaí e Sul e da microrregião de Joinville do estado de Santa Catarina/Brasil. Estes atenderam aos critérios de inclusão: ter 100 anos ou mais no respectivo ano da coleta, com idade comprovada por meio de documento de identidade pessoal. Foram excluídos idosos centenários que não fizeram que não conseguiram ou não aceitaram responder as questões propostas.

## Instrumentos

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso Centenário – PAMIC (MAZO, 2017a), que segue as recomendações do Manual do Entrevistador: Aplicação e Análise do Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso Centenário (MAZO, 2017b), os quais foram desenvolvidos para o projeto SC100 do LAGER/CEFID/UDESC. O PAMIC (MAZO, 2017a) é composto por diferentes instrumentos que foram traduzidos, modificados e validados para o Brasil, distribuídos em 16 Blocos e composto por 220 questões. Para o presente estudo foram utilizados alguns blocos e questões do PAMIC (MAZO, 2017a), de acordo com os seus objetivos. Para caracterizar os participantes do estudo foram utilizados os seguintes blocos, questões e dados: Bloco 1 - Identificação (Questões 1 e 4): idade e sexo; Bloco 4 - Informações Sociodemográficas (Questões 48 e 51): estado civil e anos de estudo; Bloco 7 - Condições de saúde e hábitos de vida do idoso (Questões 105 e 124): tem incontinência urinária e satisfação com a saúde.

Para avaliar a função cognitiva dos centenários foram aplicadas as questões (13 a 47) do Bloco 3 - Saúde Mental do Idoso, referentes ao Mini Exame

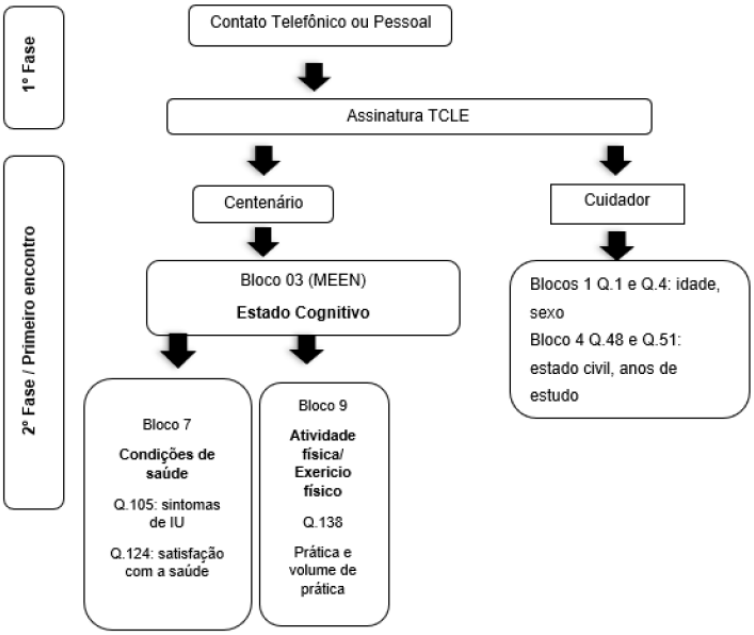
do Estado Mental – MEEM, versão brasileira modificada por Brucki et al. (2003, p.777-781). O MEEM apresenta os seguintes domínios e pontuações máximas: orientação temporal (5 pontos) orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos) e linguagem (9 pontos) (FOLSTEIN et. al., 1975, p. 189-198).

Por fim, para avaliar as questões referente a atividade física regular, foi utilizado, o Bloco 9- Atividade física/Exercício físico do idoso do PAMIC (Questão 138), sobre a atividade física praticada, o tempo de sessão de prática (em minutos) e volume semanal (em dias da semana). Foi adotado o ponto de corte de 150 minutos de prática de atividade física por semana (OMS, 2010), onde acima deste valor os centenários foram considerados ativos e abaixo deste, como pouco ativos fisicamente.

## Procedimentos da Coleta

Após a realização do contato telefônico com o centenário que atendeu aos critérios de inclusão e/ou responsável/cuidador principal, foi feito o convite para a participação da pesquisa. Posteriormente, com o aceite e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, pelo centenário e/ou cuidador principal, foi agendada data para a aplicação do PAMIC, de acordo com a Figura 1. As questões referentes aos blocos do PAMIC (Bloco 1: questões 3 e 4; Bloco questões 48 e 51; Bloco 7: questões 105 e 124; Bloco 9: questão 138) foram aplicadas em forma de entrevista, principalmente com o cuidador principal, para evitar que o idoso ficasse cansado. A coleta dos dados foi realizada por pesquisadores previamente treinados, seguindo as orientações do Manual do Entrevistador: Aplicação e Análise do Protocolo de Avaliação do Idosos Centenários (MAZO, 2017b). O período da coleta ocorreu de fevereiro de 2015 a fevereiro de 2020.

Figura 1. Fluxograma sobre os instrumentos e procedimentos da coleta de dados.




Fonte: Elaborado pelo autor, 2020.

## Análise de Dados

Os dados foram organizados no programa Excel® e analisados no IBM SPSS *Statistics* versão 20.0. As variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva (média, desvio padrão, mínimo e máximo e frequência). Para verificar a normalidade dos dados, foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar as variáveis de sintomas urinários com prática de atividade física foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. Ainda, para relacionar as variáveis de sintomas urinários com nível de atividade física, foi aplicado o teste de Qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

## Resultados

Esse estudo foi composto por 123 idosos centenários, com média de idade de 102,6±2,55 anos. Sendo, 32 homens, com média de idade de 101,5±2,03 e 91 mulheres, com média de idade de 102,2±2,70. Em relação às características sociodemográficas 85,4% são viúvos, 45,9% relatam nunca ter estudado e 45,0% estudaram de 4 a 8 anos. Em relação as condições de saúde, 41,5% dos

idosos reportam sintomas de incontinência urinária e 44,1% estão mais ou menos satisfeitos com a saúde. A maioria (93,5%) dos centenários são pouco ativos fisicamente (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, condições de saúde e nível de atividade física de idosos centenários (n=123)

| Variáveis | f | % |
|---|---|---|
| **Características sociodemográficas** | | |
| **Estado civil** | | |
| Casada | 8 | 6,5 |
| Solteira | 9 | 7,3 |
| Viúva | 105 | 85,4 |
| **Escolaridade** | | |
| Sem escolaridade | 51 | 45,9 |
| 1 a 4 anos | 50 | 45,0 |
| Acima de 9 anos | 10 | 9,0 |
| **Condições de saúde** | | |
| **Satisfação com a saúde** | | |
| Nada | 1 | 2,9 |
| Muito pouco | 4 | 11,8 |
| Médio | 15 | 44,1 |
| Muito | 6 | 17,6 |
| Totalmente | 8 | 23,5 |
| **Sintomas de IU** | | |
| Não | 72 | 58,5 |
| Sim | 51 | 41,5 |
| **Nível AF** | | |
| Ativo | 8 | 6,5 |
| Pouco Ativo | 115 | 93,5 |

Legenda: f=frequência; %=porcentagem; AF=atividade física.

Ao comparar o nível de AF (minutos por semana) e a presença ou não de sintomas de IU dos idosos, verificou-se que não houve diferença significativa (p=0,469), conforme a Tabela 2.

ISBN 978-65-86901-26-9

Tabela 2. Comparação da presença ou não de sintomas de IU com o nível de AF (minutos/semana) dos centenários (n=123)

| Sintomas de IU | Nível de AF Média (DP) | p valor |
|---|---|---|
| **Sim** | 27,15 (53,52) | |
| **Não** | 39,93 (84,41) | 0,469 |

Legenda: IU: Incontinência urinária. AF: Atividade física

A Tabela 3 apresenta a associação entre a presença ou não dos sintomas de IU e o nível de AF (ativos e pouco ativos) e verifica-se que não houve diferença entre as variáveis (p=0,561), apesar de ter uma tendência de 94,1% dos centenários pouco ativos fisicamente terem IU.

Tabela 3. Associação entre o nível de AF (ativos e pouco ativos) com a presença ou não de sintomas de IU em centenários. (n=123)

| Sintomas de IU | Nível de AF | | p valor |
|---|---|---|---|
| | Ativos f (%) | Pouco ativos f (%) | |
| Sim | 3 (5,9 ) | 48 (94,1)[a] | 0,561 |
| Não | 5 (6,9 )[a] | 67 (93,1) | |

Legenda: a= ajuste residual IU= Incontinência urinária. AF= Atividade física

## Discussão

No presente estudo, verificou-se uma alta prevalência de sintomas de IU e um baixo nível de AF em idosos centenários. Além disso, embora sem diferença estatisticamente significativa, observa-se que há uma tendência dos centenários pouco ativos fisicamente de apresentarem IU.

A Organização Mundial da Saúde recomenda que adultos e idosos realizem pelo menos 150 min/sem de AF em intensidade moderada ou 75 min/sem de AF em intensidade vigorosa (WHO, 2010). Além disso, quanto maior o volume de AF, maiores os benefícios para a saúde. Neste estudo, os idosos centenários apresentaram, em sua maioria, baixo nível de AF. Estes resultados tornam-se preocupantes, pois sabe-se que a redução do risco de mortalidade por todas as causas é proporcional ao volume semanal de AF no lazer (ZHAO et al., 2019, p. 1405–1411).

Ademais, a prática regular de AF além de proporcionar diversos benefícios para a saúde é considerada um dos principais fatores comportamentais de

proteção para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (DUMITH et al., 2019, p 1-13).

O aumento da prevalência de DCNT é considerado como resultado negativo eminente do processo de envelhecer (WHO, 2015). E, de acordo com Zattar et al. (2013, p. 507-521), para o ano de 2025, até 85% dos idosos brasileiros terão ao menos uma DCNT, sendo essas consideradas as maiores causas de incapacidades e mortes, representando 38 milhões anualmente, sendo que em países de baixo e médio nível socioeconômico como o Brasil, correspondem a ¾ desse total (SILVA et al., 2017, p. 45-51).

Os declínios físicos da população idosa são marcados pela perda estrutural e funcional progressiva no organismo, como deteriorações da capacidade funcional, perda da massa e força muscular decorrente principalmente da sarcopenia, perda de massa óssea e da produção hormonal (ENGERS et al. 2016, p. 352-365). Considerando que a sarcopenia é um processo multifatorial que engloba inatividade física, remodelação de unidades motoras, diminuição dos níveis hormonais e síntese proteica e consequentemente acarreta no declínio da força dos músculos esqueléticos, afetando a capacidade funcional e interferindo nas atividades de vida diária do idoso (VASCONCELLOS et al., 2007, p. 93-100; SIMÕES et al., 2010, p. 52-61; PÍCOLI et al., 2011, p. 455-462), a intervenção pelo exercício se constitui em uma medida eficaz e importante para minimizar os efeitos das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento (PAPALÉO NETO, 2002).

Atentando para os idosos longevos, incluindo os centenários, é importante enfatizar que sofrem declínio físico, o que contribui para o surgimento da fragilidade com o aumento da idade (KEHLER et al., 2017, p. 28, 21; LARSSON et al., 2019, p. 427–511). Além disso, a fragilidade afeta algumas aptidões físicas, envolvendo a força muscular, a mobilidade, o equilíbrio, a resistência e a coordenação o que implica na diminuição do nível de atividade física e da capacidade funcional (GOBBENS et al., 2010, p. 76–86).

Pesquisas já realizadas investigaram a eficácia de intervenções físicas na redução da fragilidade em idosos (JADCZAK et al., 2016; PUTS et al., 2017; APÓSTOLO et al., 2018). Nesse sentido, na busca pelo envelhecimento ativo e com qualidade, sugere-se que idosos pratiquem atividades físicas, que incluam exercício aeróbicos, de fortalecimento muscular, equilíbrio, coordenação e flexibilidade com o intuito de contribuir na prevenção e no tratamento das DCNTs, de modo a reduzir as taxas de mortalidade e morbidade (MACIEL, 2010, p. 1024-1032).

À vista disso, a atividade física apresenta-se como um importante meio de intervenção para auxiliar na diminuição das disfunções pélvicas. De acordo com Lopes e Higa (2006, p. 34-41), o enfraquecimento dos músculos pélvicos, pode contribuir para disfunções urinárias, como por exemplo, levantar-se muitas vezes durante a noite para ir ao banheiro, aumento da frequência miccional e perda de urina. No presente estudo, quase que a metade dos centenários reportam sintomas de incontinência urinária e a maioria foi classificado como pouco ativo fisicamente.

As causas para o aumento dos problemas urinários, como a IU, se devem à diminuição do nível de estrógeno, principalmente pós-menopáusica em mulheres, e ao aparecimento de doenças crônicas que podem aumentar os sintomas urinários, sendo estes observados com o aumento da idade (LOPES; HIGA, 2006, p. 34-41). Em consonância, recente revisão sistemática, demonstrou que os valores de prevalência de IU aumentam com o avançar da idade

e, em mulheres com ≥70 anos, além de 40% da população é afetada. As taxas de prevalência são ainda maiores em idosos longevos e entre pacientes de lares de idosos. Ainda nesta revisão, foi possível identificar que a incidência anual média de IU, varia de 1% a 9%, enquanto as estimativas de remissão variam de 4% a 30%. A prevalência de IU está fortemente relacionada idade e, portanto, devido ao aumento da expectativa média de vida, a prevalência geral de IU deve aumentar no futuro (MILSON; GYHAGEN, 2019, p. 217-222).

Tendo em vista que o envelhecimento é um fator influenciador para a ocorrência da IU, Jrez-Roig, Souza e Lima (2013, p. 865-879) ressaltam que por meio da identificação da prevalência e dos demais fatores associados a IU, torna-se possível traçar e planejar medidas de prevenção e tratamento que possam reduzir os sintomas e os custos da IU, proporcionando uma melhor qualidade de vida para os longevos. Nesse sentido, Tamanini et al. (2018, p. 466-477), sugerem que idosas mais ativas fisicamente apresentam menor ocorrência de perdas de urina, quando comparadas a idosas pouco ativas ou sedentárias.

Dessa forma, há algumas evidências demonstrando que a atividade física é favorável para a função do assoalho pélvico e consequentemente auxilia na diminuição dos sintomas de disfunção, como a IU. Estudo de Virtuoso, Mazo e Menezes (2011, p. 310–317), com dois grupos de idosas, praticantes de AF regular e não praticantes, verificou que as idosas que se exercitavam regularmente apresentaram maior pico de contração voluntária máxima (CVM), quando comparado com as que não praticavam. Neste estudo, embora sem

diferença significativa, idosos que não reportaram sintomas de IU possuíam maior volume de AF (minutos/semana) quando comparados a idosos que possuem sintomas de IU. O estudo de Cielo et al. (2019, p. 209-222) também demonstra que idosas fisicamente ativas tendem a ter melhor funcionalidade do assoalho pélvico quando comparadas à idosas inativas. No entanto, o mesmo estudo, demonstra que idosas de estratos etários mais longevos, mesmo que ativas, parecem ser mais acometidas pela IU.

Por se tratar de idosos centenários, os resultados encontrados no presente estudo já eram esperados, uma vez que, mesmo sobre idosas ativas, como demonstrado no estudo de Cielo et al. (2019, p. 209-222), o envelhecimento ainda parece ser um fator influenciador para o surgimento da IU. Não obstante, Silva, Soler e Wysocki (2017, p. 1-9), retratam a importância e a necessidade de estudos que avaliem o aparecimento ou o agravo da IU, conforme o perfil de exercício físico realizado e não apenas de acordo com o nível de atividade física.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, dentre elas a falta de avaliação da função dos músculos do assoalho pélvico de forma objetiva, o que prejudicou algumas análises em relação integridade dos músculos do assoalho pélvico. Também, por se tratar de uma população de centenários existem poucos estudos com valores de referência, tal informação seria relevante para comparar com os achados desta pesquisa. Dentre os pontos fortes este estudo apresenta características de sintomas de IU e de nível de AF de centenários. Os achados são de grande importância para a população longeva, podendo servir de base para futuros estudos e intervenções para esta população que está em crescente aumento.

## Considerações finais

Os resultados encontrados neste estudo, demonstram que entre idosos centenários há predomínio dos sintomas de incontinência urinária e do baixo nível de AF. Apesar de não ter encontrado relação significativa entre sintomas de incontinência urinária e o nível de atividade física, observa-se que dos centenários pouco ativos fisicamente apresentam uma tendência de ter IU.

Diante do aumento da expectativa de vida e do número de centenários no Brasil os resultados deste estudo devem servir de alerta para as consequências da presença de IU e do baixo nivel de AF como fatores que influenciam no

ISBN 978-65-86901-26-9

aumento da fragilidade dos idosos e com isto, limitando uma vida mais independente, apesar da idade avançada.

Mais pesquisas com idosos centenários e abordagens específicas precisam ser conduzidas, pois assim torna-se possível delinear um planejamento sobre prevenção e tomada de decisão na tentativa de trazer mais qualidade de vida aos anos vividos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ADCZAK, A. D. et al. Effectiveness of exercise interventions on physical function in community-dwelling frail older people: an umbrella review protocol. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, vol. 16, no. 3, p. 752–775, 2016.

APÓSTOLO, J. et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: A systematic review. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, vol. 16, no. 1, p. 140–232, 2018.

BOSCATTO, E. C; DUARTE, M. F. S; BARBOSA, A. R. Nível de atividade física e variáveis associadas em idosos longevos de Antônio Carlos, SC. **Revisa Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 132-136, 2012.

BRUCKI, S. et al. Sugestões para o uso do Mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.61, n.3B, p.777-781, 2003.

CIELO, A. et al. Incontinência urinária e funcionalidade do assoalho pélvico de idosas fisicamente ativas: uma comparação entre diferentes estratos etários. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 209-222, 2019.

D'ANCONA, C. et al. The International Continence Society (ICS) report on the terminology for adult male lower urinary tract and pelvic floor symptoms and dysfunction. **Neurourology and Urodynamics**, v. 38, n. 2, p. 433-477, 2019.

DUMITH, S. C. et al. Preditores e condições de saúde associados à prática de atividade física moderada e vigorosa em adultos e idosos no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p 1-13, 2019.

ENGERS, P. B. et al. Efeitos da prática do método Pilates em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 56, n. 4, p. 352-365, 2016.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res,** v. 12, p. 189-198, 1975.

GIRALDO-RODRÍGUEZ, L. et al. Epidemiology, progression, and predictive factors of urinary incontinence in older community-dwelling Mexican adults: Longitudinal data from the Mexican Health and Aging Study. **Neurourology and Urodynamics**, v. 38, p. 1932-1943. 2019.

GOBBENS, R. J. et al. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. **Nursing outlook**, United States, v. 58, n. 2, p. 76–86, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/> Acesso em: 09 de outubro de 2020.

JADCZAK, A. D. et al. Effectiveness of exercise interventions on physical function in community-dwelling frail older people: an umbrella review protocol. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, v. 16, n.. 3, p. 752–775, 2016.

JOPP, D. S. et al. Life at Age 100: An International Research Agenda for Centenarian Studies. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 28, n. 3, p. 133-147, 2016.

JREZ-ROIG, J.; SOUZA, D. L. B; LIMA, K. C. Incontinência urinária em idosos institucionalizados no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 865-879, 2013.

KEHLER, D. S. et al. Prevalence of frailty in Canadians 18-79 years old in the Canadian Health Measures Survey. **BMC geriatrics**, vol. 17, no. 1, p. 28, 21, 2017.

KESSLER, M. et al. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 409-419, 2018.

KIKUCHI, A. et al. Association between physical activity and urinary incontinence in a community-based elderly population aged 70 years and over. **European Urology**, v. 52, n. 1, p. 868-875, 2007.

LARSSON, L. et al. Sarcopenia: Aging-Related Loss of Muscle Mass and Function. **Physiological Reviews**, v. 99, n. 1, p. 427–511, 2019.

LEE, A. H.; HIRAYAMA, F. Physical activity and urinary incontinence in older adults: a community-based study. **Current Aging Science**, v. 5, n. 1, p. 35-40, 2012.

LEROY, L. S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 692-701, 2012.

LOPES, M. A. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 38, n. 1, p. 76-83, 2016.

LOPES, M. H. B; HIGA, R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher urinária à vida da mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 40, n. 1, p. 34-41, 2006.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, 2010.

MATOS, M. A. B. et al. As repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 3, p. 567-575, 2019.

MAZO, G. Z. Manual do Entrevistador: Aplicação e Análise do Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso Centenário. Florianópolis: UDESC/

CEFID/LAGER, 2017a. Disponível em: https://www.udesc.br/cefid/lager/pagina_7

MAZO, G. Z. **Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso Centenário**. Florianópolis: UDESC/CEFID/LAGER, 2017b. Disponível em: https://www.udesc.br/cefid/ lager/pagina_7.

MILSON, L.; GYHAGEN M. The prevalence of urinary incontinence. **Climacteric**, v. 22, n. 3, p. 217-222, 2019.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PÍCOLI, T.S.; FIQUEIREDO, L.L.; PATRIZZI, L.J. Sarcopenia e Envelhecimento. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 455-462, 2011.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PUTS, M. T. E. et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. **Age and Ageing**, vol. 46, no. 3, p. 383–392, 2017.

QIU, J. et al. Body mass index, recreational physical activity and female urinary incontinence in Gansu, China. **European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology**, v. 159, n. 1, p. 224-9, 2011.

SILVA, A.R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017.

SILVA, J. C. P.; SOLER, Z. A. S. G.; WYSOCKI, A. D. Associated factors to urinary incontinence in women undergoing urodynamic testing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, e03209, p. 1-9, 2017.

SIMÕES, R.P. et al. Força Muscular e sua relação com a idade de sessenta e noventa anos. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 1, p. 52-61, 2010.

TAMANINI, J. T. N. et al. A populational-based survey on the prevalence, incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults-results from the "SABE STUDY". **Neurourology and Urodynamics**, v. 37, n. 1, p. 466-477, 2018.

TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 15, n. 3, p. 169-173, 2009.

UNITED NATIONS - UN. World Population Ageing 2019 - Highlights. 2019. **United Nations - Department of Economic and Social Affiars Population Division**. https://doi.org/ST/ESA/SER.A/348.

VASCONCELLOS, J.A.C. et al. Pressões respiratórias máximas e capacidade funcional em idosas assintomáticas. **Fisioterapia em Movimento**, v. 20, n. 3, p. 93-100, 2007.

VELTRANO, D. L. et al. Chronic diseases and geriatric syndromes: The different weight of comorbidity. **European Journal of Internal Medicine**, v. 27, p. 62-67, 2016.

VIRTUOSO, J. F. J. F.; MAZO, G. Z. G. Z.; MENEZES, E. C. E. C. Urinary incontinence and perineal muscle function in physically active and sedentary elderly women. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 4, p. 310–317, 2011.

WACHHOLZ, P. A; BOAS, P. J. F. V. A saúde pública e os centenários: adequações necessárias e um futuro incerto. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 1, p. 41-44, 2016.

WANG, C. et al. Urinary Incontinence and Its Association with Frailty Among Men Aged 80 Years or Older in Taiwan: A Cross-Sectional Study. **Rejuvenation Research**, v. 20, n. 2, p. 111- 117, 2017.

WHO, W. H. O. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: World Health Organization, p. 60, 2010.

World Health Organization (WHO). **Noncommunicable diseases prematurely take 16 million lives annually**, WHO urges more action (2015). Disponível em: <http://www.who. int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable- diseases/en/>.

ZATTAR, L.C. et al. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 507-521, 2013.

ZHAO, M. et al. Beneficial associations of low and large doses of leisure time physical activity with all-cause, cardiovascular disease and cancer mortality: a national cohort study of 88,140 US adults. **British Journal of Sports Medicine**, v. 53, n. 22, p. 1405–1411, nov. 2019.

# O USO DE JOGOS ELETRÔNICOS EM INTERVENÇÕES COM IDOSOS

Gabriella Medeiros Silva[1]

**Resumo:** Intervenções não farmacológicas vêm sendo propostas para o tratamento de patologias que possam acometer idosos. Nesse cenário, estudos também tem se proposto a utilizar jogos eletrônicos em intervenções com idosos, pois se configuram como alternativas atraentes, divertidas e podem aumentar o engajamento no tratamento. Dessa maneira, o objetivo do presente estudo foi apresentar um panorama geral sobre o uso de jogos eletrônicos em intervenções terapêuticas com idosos. Para isso, alguns aspectos são detalhados, como modalidade de jogo utilizado, número e duração das sessões, bem como a viabilidade da intervenção como forma de tratamento através de uma revisão narrativa. Os resultados foram divididos em duas subseções: aspectos cognitivos e aspectos motores. No tocante aos aspectos cognitivos, não há consenso entre os estudos quanto aos principais aspectos melhorados. Entretanto, alguns estudos apontam melhora na memória operacional, recordação tardia e funções executivas tanto de idosos saudáveis quanto com comprometimento cognitivo. Já em relação aos aspectos motores, os estudos têm se debruçado a melhorar a funcionalidade de pacientes pós acidente vascular encefálico e o equilíbrio de idosos saudáveis, prevenindo quedas. Além disso, os jogos eletrônicos também podem auxiliar no tratamento de doenças relacionadas à idade, induzindo respostas cardíacas semelhantes às de exercícios físicos e proporcionando melhora significativa no controle glicometabólico. Portanto, os jogos eletrônicos vêm demonstrando ser uma alternativa viável de tratamento tanto em patologias quanto na intervenção precoce do declínio cognitivo, problemas motores e de doenças relacionadas à idade.

**Palavras-chave:** Jogos Eletrônicos, Envelhecimento, Tratamento.

1 Mestranda em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, medeirosgabriella7@gmail.com.

## Introdução

De acordo com dados da Organização Pan Americana de Saúde (2018), estima-se que a população com idade acima de 60 anos deve chegar a 2 bilhões até 2050, cerca de 22% de toda a população mundial. Entretanto, um número mais elevado de idosos implica em maiores preocupações de saúde pública (GRAEFF, 2014; SILVA et al., 2015), pois o envelhecimento humano normal é marcado por mudanças anatômicas e fisiológicas que têm implicações diretas no funcionamento diário do indivíduo (GRAYSTON, 2018).

Um dos principais aspectos afetados pelo envelhecimento cerebral é o funcionamento cognitivo (WISDOM; MIGNOGNA; COLLINS, 2012). Embora a maior parte das alterações cognitivas não cause grandes impactos nas atividades instrumentais diárias, como cozinhar, gerenciar finanças ou dirigir (JUTTEN et al., 2017), alguns déficits podem ser sinais de um quadro demencial, como, por exemplo, esquecer nomes de familiares, colocar objetos em lugares incomuns e ficar muito confuso ao planejar ou pensar sobre as coisas (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005; LIMA et al., 2020).

Em um quadro demencial, o paciente apresenta declínio lento e progressivo em diversos aspectos cognitivos, especialmente a memória. Conforme a síndrome progride, o nível de comprometimento aumenta, afetando mais domínios e prejudicando mais a funcionalidade do indivíduo (CUNNINGHAM et al., 2015). Estima-se que a demência afete cerca de 47 milhões de pessoas no mundo e seu principal fator de risco é a idade. Pesquisas revelaram que em países como Estados Unidos, Austrália e Reino Unido, por exemplo, a maior parte dos residentes em casas de repouso têm demência (FLEMING; ZEISEL; ARCH, 2020; VAN DER FLIER; SCHELTENS, 2005). No Brasil, por outro lado, poucos estudos se debruçaram de forma sistemática a investigar a prevalência da demência, como revelado por revisões sistemáticas que buscaram sumarizar o assunto. Os resultados encontrados sinalizam uma prevalência entre 5 e 19%, valores que não refletem a realidade de todo o país (BOFF; SEKYIA; BOTTINO, 2015; FAGUNDES et al., 2011).

O principal tratamento para melhorar ou retardar a progressão das demências é a farmacoterapia. Os principais medicamentos utilizados envolvem agentes modificadores de neurotransmissores colinérgicos, como inibidores da acetilcolinesterase; agentes modificadores de neuropeptídeos; e antagonistas dos receptores N-metil-D-aspartato, como a memantina (SANTAGUIDA

ISBN 978-65-86901-26-9

et al., 2004). Entretanto, os resultados do tratamento com esses medicamentos podem ser controversos, proporcionando melhoras apenas em casos mais graves, a exemplo da memantina e dos inibidores da acetilcolinesterase (SCHWARZ; FROELICH; BURNS, 2012).

Além dos déficits cognitivos, o envelhecimento também é associado às chamadas doenças relacionadas à idade, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes tipo 2, osteoporose e artrite, por exemplo (FULOP et al., 2010; JAUL; BARRON, 2017). Ademais, o envelhecimento também é um fator de risco para a ocorrência de acidente vascular encefálico (AVE), visto que cerca de 70% dos AVEs ocorrem em pessoas com mais de 65 anos (COSTA et al., 2014; KELLY-HAYES, 2010). O AVE é uma patologia silenciosa, caracterizada por uma alteração no fluxo sanguíneo cerebral, provocando a paralisia da região afetada no cérebro, que pode deixar graves sequelas, como dificuldades na fala, paralisia facial e desequilíbrio, por exemplo (COUPLAND et al., 2017; TEIXEIRA; SILVA, 2009).

O tratamento para as sequelas do AVE é feito principalmente através de fisioterapia, com intervenções que visam auxiliar o paciente a recuperar sua funcionalidade diária (SIQUEIRA; SCHNEIDERS; SILVA, 2019). Por outro lado, as doenças relacionadas à idade recebem tratamento principalmente farmacológico, para controle dos sintomas (ARAÚJO; BRITTO; PORTO DA CRUZ, 2000; MOTA et al., 2013; NOGUEIRA et al., 2010; SOUZA, 2010). Entretanto, em ambos os casos pode haver dificuldade de adesão dos pacientes. Especialmente quando o número de medicamentos prescritos é maior, as taxas de adesão ao tratamento podem ser menores. Além disso, a adesão também tem relação com as crenças que os idosos possuem quanto à medicação no controle da doença (BORBA et al., 2018; GEWEHR et al., 2018). Já no tocante ao tratamento pós AVE, pode haver baixa adesão às orientações prescritas para a continuidade do tratamento em domicílio (GARCIA; SANTOS; NEGRI, 2018).

Dessa maneira, intervenções não farmacológicas vêm sendo propostas para o tratamento de patologias que possam acometer idosos, como as que já foram citadas. Por exemplo, no caso da demência, a principal intervenção não farmacológica é reabilitação, tanto cognitiva quanto multidisciplinar (CARVALHO; MAGALHÃES; PEDROSO, 2016). Por outro lado, para a hipertensão arterial, o tratamento não farmacológico envolve a prática de exercícios físicos (e.g. exercício aeróbio ou exercícios resistidos) e mudança em

hábitos alimentares, para uma alimentação mais saudável com frutas, verduras e menos carboidratos (FREITAS et al., 2018).

Considerando que o interesse da população idosa pela tecnologia da informação cresceu nos últimos anos (HUNSAKER; HARGITTAI, 2018; ROUPA et al., 2010), estudos também tem se proposto a utilizar jogos eletrônicos em intervenções com essa população (HALL et al., 2012; MORAIS et al., 2017; VÁZQUEZ et al., 2018), pois se configuram como alternativas atraentes, divertidas e podem aumentar o engajamento no tratamento (CLOUGH; CASEY, 2011; SILVA et al., 2017). A literatura aponta que os jogos eletrônicos podem melhorar funções cognitivas (COLZATO et al., 2013), perceptuais (ACHTMAN; GREEN; BAVELIER, 2008; FENG; SPENCE; PRATT, 2007) e motoras (GOZLI; BAVELIER; PRATT, 2014) tanto em pessoas saudáveis (PALLAVICINI; FERRARI; MANTOVANI, 2018) quanto com diferentes patologias (STRAHAN; ELDER, 2015; RIVERO et al., 2015).

Os estudos com jogos eletrônicos como proposta de tratamento utilizam duas modalidades para isso. Em primeiro lugar, são utilizados *serious games*, isto é, jogos criados com a finalidade de transmitir ou aprimorar alguma habilidade ou conhecimento (LAAMARTI; EID; EL SADDIK, 2014). Além disso, jogos de entretenimento também podem ser utilizados em tratamentos. Embora o foco dessa categoria de jogos não seja a aprendizagem de uma habilidade, o aprimoramento ou aprendizado de uma habilidade pode ocorrer de forma indireta (BARR, 2017; GREEN; BAVELIER, 2007).

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi apresentar um panorama geral sobre o uso de jogos eletrônicos em intervenções terapêuticas com idosos. Para isso, alguns aspectos são detalhados, como modalidade de jogo utilizado, número e duração das sessões, bem como a viabilidade da intervenção como forma de tratamento.

## Metodologia

Foi realizada uma revisão narrativa acerca dos estudos que realizaram intervenções terapêuticas utilizando jogos eletrônicos com idosos. A revisão narrativa consiste em uma busca pela literatura de estudos relevantes acerca de um tema. É um procedimento não sistemático, portanto, não requer que o protocolo que guiou a revisão seja especificado. Esse tipo de estudo possibilita

uma visão geral sobre a temática (DEMIRIS; OLIVER; WASHINGTON, 2019; GREEN; JOHNSON; ADAMS, 2006).

## Resultados e discussão

Os resultados foram divididos em duas subseções, para melhor compreensão do assunto. Cada subseção trata de intervenções para determinado aspecto da saúde dos idosos, a saber: aspectos cognitivos e aspectos motores.

### Jogos eletrônicos em intervenções de aspectos cognitivos

A literatura apresenta resultados contrastantes quanto à melhora de aspectos cognitivos em idosos saudáveis após treinamento com jogos eletrônicos. Por exemplo, o estudo realizado por Boot et al., (2013) investigou os efeitos de dois tipos de jogos na redução do declínio cognitivo de 62 idosos, com idade média de 74 anos. Antes de iniciar a intervenção, os participantes responderam uma bateria de medidas de habilidade que avaliou velocidade de percepção, memória, atenção seletiva / controle executivo e capacidade de raciocínio. A intervenção envolveu um treinamento com cinco sessões semanais de 1 hora jogando o jogo designado. O treinamento foi finalizado após completar 60 horas. Enquanto um dos jogos era de corrida, com personagens amplamente conhecidos, e era requerido que o participante guiasse o carro pela pista, evitando obstáculos e usando itens para impedir os outros competidores de avançar (Figura 1); o outro jogo envolvia um treinamento focal para habilidades cognitivas. Os resultados não demonstraram nenhuma melhora significativa para nenhuma habilidade cognitiva quando os dois grupos foram comparados com um grupo que não recebeu intervenção. Além disso, os participantes avaliaram negativamente o jogo de corrida e tiveram menor adesão ao tratamento. Os autores pontuam, entretanto, que a falta de melhora nos aspectos cognitivos pode estar relacionada a avaliação negativa do jogo (BOOT et al., 2013).

ISBN 978-65-86901-26-9

**Fig. 1.** Exemplo de tela do jogo de corrida utilizado na intervenção (Mario Kart DS).

Fonte: https://www.nintendo.pt/Jogos/Nintendo-DS/Mario-Kart-DS-271518.html#Galeria_de_imagens

Por outro lado, Ballesteros et al. (2014) encontrou melhora na velocidade de processamento, atenção e memória de reconhecimento visual imediato e tardio de idosos saudáveis após 20 sessões de treinamento, com duração de 1 hora cada. Participaram desse estudo 30 idosos, com idade média de 69 anos. Durante o treinamento, os participantes jogaram 10 jogos de uma plataforma desenvolvida para melhorar habilidades cognitivas (BALLESTEROS et al., 2014). Todavia, após realizar a avaliação de *follow up* com os mesmos participantes três meses após a intervenção os autores descobriram que os efeitos encontrados anteriormente haviam desaparecido. Esses achados sinalizam que a manutenção dos benefícios alcançados após treinamento com jogos eletrônicos está condicionada a sessões de reforço periódicas (BALLESTEROS et al., 2015).

Um estudo mais recente desses autores revelou, no entanto, melhoras menos expressivas em memória operacional e atenção seletiva após 16 sessões de treinamento com jogos eletrônicos, com duração de 40 a 50 minutos. Participaram 55 idosos, com idade média de 65,4 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos. Enquanto o primeiro grupo jogou 10 videogames não relacionados à ação de uma plataforma para melhoria cognitiva; o segundo grupo jogou jogos de simulação de estratégia. Os resultados dos

dois grupos não apresentaram diferenças estatisticamente significativas para quase todas as tarefas realizadas. Contudo, foi identificado um desempenho um pouco melhor do grupo de simulação e estratégia em uma tarefa para avaliar memória operacional (N-back), na qual era solicitado que indicasse se o último estímulo era idêntico a outro apresentado (BALLESTEROS et al., 2017).

Além disso, estudos com resultados contraditórios quanto a melhoras cognitivas após intervenções com jogos eletrônicos também foram encontrados para idosos com comprometimento cognitivo. O estudo de Meneses et al. (2013), por exemplo, avaliou o desempenho cognitivo de idosos com Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) após 10 sessões de 1 hora com um programa de jogos desenvolvidos para melhora cognitiva. Participaram apenas nove idosos, com idades entre 62 e 81 anos. Os resultados não indicaram diferenças estatisticamente significativa nos testes realizados após a intervenção (MENESES et al., 2013).

Já no estudo realizado por Manera et al. (2015) foi desenvolvido e testado um jogo eletrônico de culinária que objetivava melhorar funções executivas de idosos com CCL e Doença de Alzheimer (DA). Participaram nove idosos com CCL, com idade média de 75,8 anos e 12 pacientes com DA, idade média 80,3 anos. O jogo podia ser jogado de forma livre, durante quatro semanas. Durante o jogo, era requerido do participante que selecionasse os ingredientes corretos, conforme a receita, planejasse e executasse as ações necessárias. A Figura 2 apresenta um exemplo de ação requerida no jogo. Os resultados do estudo foram muito positivos, sinalizando melhora em funções executivas, como demonstrado pela redução no tempo de execução de tarefas e pelo menor número de erros cometidos após o treinamento, principalmente em participantes com CCL. Além disso, o jogo também foi bem avaliado pelos participantes, que o consideraram interessante e motivador (MANERA et al., 2015). Esse último aspecto corrobora o estudo de Leone et al. (2012) sobre as atividades de interesse de idosos, que encontrou a comida como um tópico de elevado interesse em sua amostra.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Fig. 2.** Exemplo de tela do jogo Cozinha e Culinária do estudo de Manera et al. (2015). O comando traduzido pede que o participante "toque no frasco e arraste a colher sobre o copo".

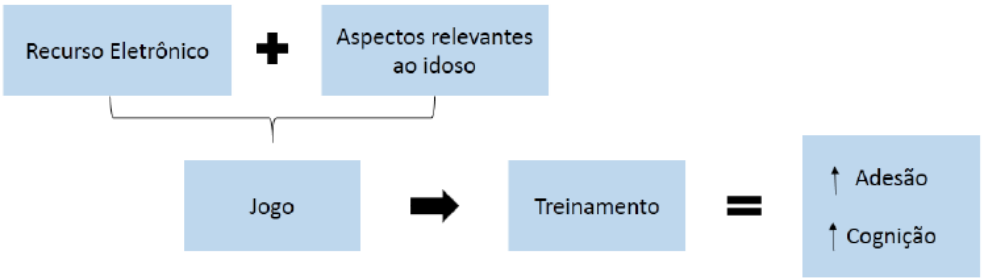
Fonte: http://www.innovation-alzheimer.fr/projets-en/verve-en/

Em um estudo mais recente, Fasilis et al. (2018) testaram um jogo eletrônico onde eram simuladas atividades cotidianas, como realizar compras no supermercado, preparo de uma refeição e limpeza da casa. Foram realizados 10 estudos de caso em pacientes com comprometimento cognitivo de gravidade leve ou moderada, cuja média de idade era 73,6 anos. Cada participante passou por um período total de 10 horas de intervenção compreendido entre quatro e cinco semanas. Cada atividade do jogo levava em média 20 minutos para ser jogada. Os participantes foram avaliados nos domínios memória de trabalho, retenção de memória, atenção, resolução de problemas, pensamento rígido e função executiva. Os resultados do estudo demonstraram que houve uma melhora relativa no total das variáveis cognitivas em consideração após a intervenção, pois houve diferenças estatisticamente significativas apenas para os testes que avaliaram funções executivas e recordação tardia. Não houve diferenças consideráveis em tarefas de memória operacional, atenção e resolução de problemas (FASILIS et al., 2018).

Com base no que foi observado nos estudos, foi elaborado um esquema representativo de como os jogos tem demonstrado melhorar funções cognitivas e adesão ao tratamento. O esquema pode ser visualizado na Figura 3.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Fig 3.** Principais aspectos observados para que um jogo eletrônico melhore aspectos cognitivos em idosos.

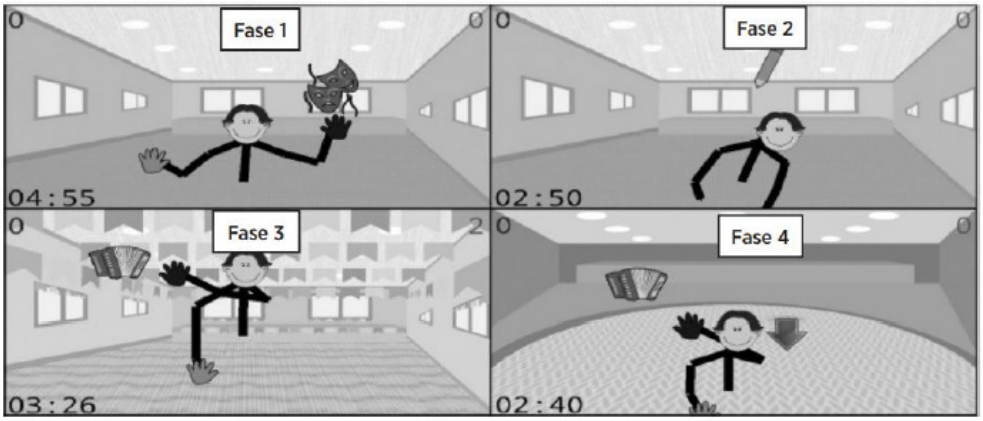



Fonte: Autora.

## Jogos eletrônicos em intervenções de aspectos motores

Os jogos eletrônicos também podem melhorar aspectos de idosos após AVE. No estudo realizado por Martel, Colussi e Marchi (2016) foi testado um jogo desenvolvido para melhorar atenção e independência funcional. Participaram 10 idosos, com idade média de 67,7 anos que haviam sofrido, em sua maioria AVE isquêmico. Foram realizadas 15 sessões individuais de 15 minutos, sendo uma por semana. O jogo era composto por quatro fases. Na primeira, o participante permanecia sentado e fazia movimentos apenas com os membros superiores, já a fase 2 requeria movimentos de sentar e levantar, enquanto na fase 3 os participantes levantados deveriam realizar movimentos de rotação leve. A quarta fase integrava o que havia sido solicitado nas fases anteriores. Um esboço do jogo durante cada uma das fases pode ser visualizado na Figura 4. Os resultados indicaram que após o treinamento houve diminuição no tempo de execução do teste de atenção dividida, sinalizando melhoras nesse aspecto. Além disso, os valores da escala de independência funcional obtiveram maiores escores após a intervenção. Dessa maneira, o jogo desenvolvido pode ser uma alternativa para a reabilitação física e cognitiva (MARTEL et al., 2016).

**Fig. 4.** Fases do game Motion Rehab




Fonte: (MARTEL; COLUSSI; MARCHI, 2016)

Além disso, os jogos eletrônicos também podem ser utilizados para melhorar o equilíbrio de idosos. No estudo realizado por Bieryla e Dold (2013) foi investigado o efeito do jogo Wii Balance Board com Wii Fit da Nintendo (Figura 5) três vezes por semana, durante três semanas de treinamento. Cada treinamento foi realizado de forma individual e teve duração média de 30 minutos. Participaram do estudo 12 idosos saudáveis, com idade média de 81,5 anos. Os participantes foram avaliados uma semana após o treino e posteriormente um mês depois. Foram utilizadas quatro escalas relacionadas a equilíbrio, balanço e funcionalidade. Os resultados indicaram melhoras significativas apenas para a escala de equilíbrio (BIERYLA; DOLD, 2013).

Já o estudo realizado por Cho, Hwangbo e Shin (2014) investigou os efeitos de um treinamento de realidade virtual no balanço de 32 idosos saudáveis com idades entre 65 e 80 anos. A intervenção durou oito semanas, durante as quais o treinamento era realizado três vezes por semana com um programa Nintendo Wii Fit. O equilíbrio foi avaliado usando o teste de Romberg em um Bio-resgate em dois momentos: participantes com os olhos abertos e fechados. Os resultados demonstraram que o grupo de intervenção apresentou melhora na área de movimento do centro de pressão corporal tanto com os olhos abertos quanto fechados. Esses dados sinalizam que um treinamento com um jogo em realidade virtual pode ser utilizado como uma forma de exercício de prevenção de quedas para idosos (CHO et al., 2014).

**Fig. 5.** Participante realizando a postura da meia lua durante uma sessão de treinamento.

Fonte: (BIERYLA; DOLD, 2013)

## Jogos eletrônicos em intervenções de doenças relacionadas à idade

Embora seja um aspecto menos explorado na literatura, os jogos eletrônicos também podem auxiliar no tratamento das chamadas doenças relacionadas à idade. Um exemplo de estudo com população saudável, por exemplo, demonstrou que sessões de 10 minutos de um videogame de boxe foram capazes de induzir respostas cardiovasculares similares às provocadas por exercícios físicos aeróbicos. Esse estudo, entretanto, tinha como limitações o fato de utilizar número amostral baixo de apenas 10 participantes, que eram todos do sexo feminino. Além disso, a amostra apresentava média de idade jovem (SOUZA et al., 2014). Apesar disso, esse estudo indica a possibilidade de que esse mesmo protocolo poderia ser utilizado na população idosa.

Por outro lado, o ensaio clínico randomizado desenvolvido por Kempf e Martin (2013) demonstrou os efeitos de um jogo eletrônico em pacientes com diabetes tipo 2. Nesse estudo, 220 pessoas, com idade média de 62 anos, foram submetidas a sessões de 30 minutos de treinamento diário, durante 12 semanas, utilizando o jogo de exercícios interativo *Wii Fit Plus*. Antes e após a intervenção uma equipe de profissionais da saúde verificou os parâmetros

ISBN 978-65-86901-26-9

de saúde dos participantes, como níveis de glicose no sangue em jejum, triglicerídeos, colesterol total, LDL e HDL. Os resultados indicaram que após a intervenção os participantes apresentaram redução média de peso de 1,8 Kg e melhora significativa no controle glicometabólico e na qualidade de vida (KEMPF; MARTIN, 2013).

## Considerações finais

A tendência para os próximos anos é um alto crescimento no número de idosos na população. Ao passo que essa parcela da população aumenta, maior a preocupação com políticas públicas, pois nessa fase da vida costumam se desenvolver diversos déficits, ocasionados pelo envelhecimento do corpo. Exemplos de patologias que podem acometer esse grupo etário são as doenças neurodegenerativas, como as demências, doenças relacionadas à idade, como diabetes e hipertensão, além de desequilíbrios motores.

O tratamento para a maior parte dessas patologias é medicamentoso, no entanto, pode haver baixa adesão, especialmente quando o idoso deve fazer uso de diversas medicações ou apresenta crenças negativas acerca do tratamento. Dessa maneira, estratégias alternativas, com bom custo benefício devem ser pensadas.

Nesse sentido, o uso de jogos eletrônicos no tratamento de idosos vem crescendo nos últimos anos, pois se configuram como um recurso barato, lúdico e que, a depender do tipo de jogo, pode ter uma adesão mais alta e, assim, complementar o tratamento medicamentoso. Os resultados da presente revisão indicaram que, em intervenções para déficits cognitivos, *serious games* proporcionaram melhor desempenho e maior adesão dos idosos. O interesse desse grupo nos jogos eletrônicos esteve relacionado a presença de elementos cotidianos, como preparo de refeições, limpeza de cômodos e realização de compras no supermercado, por exemplo. Já no caso de aspectos motores, os estudos têm se debruçado a melhorar a funcionalidade de pacientes pós acidente vascular encefálico e o equilíbrio de idosos saudáveis, prevenindo quedas, utilizando exergames, isto é, jogos de movimentos físicos. Além disso, os jogos eletrônicos também podem auxiliar no tratamento de doenças relacionadas à idade, induzindo respostas cardíacas semelhantes às de exercícios físicos e proporcionando melhora significativa no controle glicometabólico.

Portanto, os jogos eletrônicos vêm demonstrando ser uma alternativa viável de tratamento tanto em patologias quanto na intervenção precoce do

ISBN 978-65-86901-26-9

declínio cognitivo, problemas motores e de doenças relacionadas à idade. A escolha do jogo para o tratamento, entretanto, dependederá de aspectos como: objetivo, desenho do estudo, tempo disponível para a intervenção e as preferências do próprio paciente.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABREU, I. D. DE; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. DE. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, n. 3, p. 131–136, jun. 2005.

ACHTMAN, R. L.; GREEN, C. S.; BAVELIER, D. Video games as a tool to train visual skills. **Restorative neurology and neuroscience**, v. 26, n. 4–5, p. 435–446, 2008.

ARAÚJO, L. M. B.; BRITTO, M. M. DOS S.; PORTO DA CRUZ, T. R. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 44, n. 6, p. 509–518, dez. 2000.

BALLESTEROS, S. et al. Brain training with non-action video games enhances aspects of cognition in older adults: a randomized controlled trial. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 6, 2014.

BALLESTEROS, S. et al. A randomized controlled trial of brain training with non-action video games in older adults: results of the 3-month follow -up. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 7, 2015.

BALLESTEROS, S. et al. Effects of Video Game Training on Measures of Selective Attention and Working Memory in Older Adults: Results from a Randomized Controlled Trial. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 9, 2017.

BARR, M. Video games can develop graduate skills in higher education students: A randomised trial. **Computers & Education**, v. 113, p. 86–97, 1 out. 2017.

BIERYLA, K. A.; DOLD, N. M. Feasibility of Wii Fit training to improve clinical measures of balance in older adults. **Clinical Interventions in Aging**, v. 8, p. 775–781, 2013.

BOFF, M. S.; SEKYIA, F. S.; BOTTINO, C. M. DE C. Revisão sistemática sobre prevalência de demência entre a população brasileira. **Revista de Medicina**, v. 94, n. 3, p. 154, 21 dez. 2015.

BOOT, W. R. et al. Video Games as a Means to Reduce Age-Related Cognitive Decline: Attitudes, Compliance, and Effectiveness. **Frontiers in Psychology**, v. 4, 2013.

BORBA, A. K. DE O. T. et al. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 953–961, mar. 2018.

CARVALHO, P. D. P.; MAGALHÃES, C. M. C.; PEDROSO, J. DA S. Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 65, n. 4, p. 334–339, dez. 2016.

CHO, G. H.; HWANGBO, G.; SHIN, H. S. The Effects of Virtual Reality-based Balance Training on Balance of the Elderly. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 26, n. 4, p. 615–617, abr. 2014.

CLOUGH, B. A.; CASEY, L. M. Technological adjuncts to increase adherence to therapy: A review. **Clinical Psychology Review**, v. 31, n. 5, p. 697–710, 1 jul. 2011.

COLZATO, L. S. et al. Action video gaming and cognitive control: playing first person shooter games is associated with improvement in working memory but not action inhibition. **Psychological Research**, v. 77, n. 2, p. 234–239, 1 mar. 2013.

COSTA, V. DE S. P. et al. Prevalence of risk factors for the occurrence of strokes in the elderly. **Fisioterapia em Movimento**, v. 27, n. 4, p. 555–563, dez. 2014.

COUPLAND, A. P. et al. The definition of stroke. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 110, n. 1, p. 9–12, 1 jan. 2017.

CUNNINGHAM, E. et al. Dementia. **The Ulster Medical Journal**, v. 84, n. 2, p. 79–87, maio 2015.

DEMIRIS, G.; OLIVER, D. P.; WASHINGTON, K. T. Chapter 3 - Defining and Analyzing the Problem. In: DEMIRIS, G.; OLIVER, D. P.; WASHINGTON, K. T. (Eds.). . **Behavioral Intervention Research in Hospice and Palliative Care**. [s.l.] Academic Press, 2019. p. 27– 39.

FAGUNDES, S. D. et al. Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 129, n. 1, p. 46–50, jan. 2011.

FASILIS, TH. et al. A pilot study and brief overview of rehabilitation via virtual environment in patients suffering from dementia. **Psychiatriki**, v. 29, n. 1, p. 42–51, 1 abr. 2018.

FENG, J.; SPENCE, I.; PRATT, J. Playing an Action Video Game Reduces Gender Differences in Spatial Cognition. **Psychological Science**, v. 18, n. 10, p. 850–855, 1 out. 2007.

FLEMING, R.; ZEISEL, J.; ARCH, K. B. B. **World Alzheimer Report 2020 – Design Dignity Dementia: dementia-related design and the built environment, Volume 1**. London, England: Alzheimer's Disease International, 2020.

FREITAS, M. M. DE A. et al. Intervenções não-farmacológicas associadas à prevalência e incidência da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Fisioterapia Brasil**, v. 19, n. 2, p. 265–278, 11 maio 2018.

FULOP, T. et al. Aging, frailty and age-related diseases. **Biogerontology**, v. 11, n. 5, p. 547– 563, 1 out. 2010.

GARCIA, C. C.; SANTOS, F. R. P. DOS; NEGRI, B. Adesão às orientações prescritas em domicílio para pacientes com sequela de Acidente Vascular Encefálico. **ConScientiae Saúde**, v. 17, n. 2, p. 144–154, 2018.

GEWEHR, D. M. et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 179–190, jan. 2018.

GOZLI, D. G.; BAVELIER, D.; PRATT, J. The effect of action video game playing on sensorimotor learning: Evidence from a movement tracking task. **Human Movement Science**, v. 38, p. 152–162, 1 dez. 2014.

GRAEFF, B. Envelhecimento, velhice e saúde: transformando o invisível em visível. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 77–82, 2014.

GRAYSTON, D. F. Normal changes of ageing: **InnovAiT**, 1 out. 2018.

GREEN, B. N.; JOHNSON, C. D.; ADAMS, A. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. **Journal of Chiropractic Medicine**, v. 5, n. 3, p. 101– 117, 2006.

GREEN, C. S.; BAVELIER, D. Action-Video-Game Experience Alters the Spatial Resolution of Vision. **Psychological science**, v. 18, n. 1, p. 88–94, jan. 2007.

HALL, A. K. et al. Health Benefits of Digital Videogames for Older Adults: A Systematic Review of the Literature. **Games for Health Journal**, v. 1, n. 6, p. 402–410, dez. 2012.

HUNSAKER, A.; HARGITTAI, E. A review of Internet use among older adults. **New Media Society**, v. 20, n. 10, p. 3937–3954, 1 out. 2018.

JAUL, E.; BARRON, J. Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. **Frontiers in Public Health**, v. 5, 11 dez. 2017.

JUTTEN, R. J. et al. Detecting functional decline from normal aging to dementia: Development and validation of a short version of the Amsterdam IADL Questionnaire. **Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring**, v. 8, p. 26–35, 1 jan. 2017.

KELLY-HAYES, M. Influence of Age and Health Behaviors on Stroke Risk: Lessons from Longitudinal Studies. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. Suppl 2, p. S325–S328, out. 2010.

KEMPF, K.; MARTIN, S. Autonomous exercise game use improves metabolic control and quality of life in type 2 diabetes patients - a randomized controlled trial. **BMC Endocrine Disorders**, v. 13, n. 1, p. 57, 10 dez. 2013.

LAAMARTI, F.; EID, M.; EL SADDIK, A. **An Overview of Serious Games**. Review Article. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijcgt/2014/358152/>. Acesso em: 12 jul. 2020.

LEONE, E. et al. "What are you interested in?"—A survey on 601 nursing homes residents activities interests. **Advances in Aging Research**, v. 1, n. 2, p. 13–21, 23 ago. 2012.

LIMA, A. T. DE A. et al. Análise da demência em idosos adscritos na estratégia de saúde da família do bairro bom pastor. **Pensar Acadêmico**, v. 18, n. 3, p. 607–615, 3 ago. 2020.

MANERA, V. et al. 'Kitchen and cooking,' a serious game for mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a pilot study. **Frontiers in Aging Neuroscience**, v. 7, 17 mar. 2015.

MARTEL, M. R. F.; COLUSSI, E. L.; MARCHI, A. C. B. D. Efeitos da intervenção com game na atenção e na independência funcional em idosos após acidente vascular encefálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 1, p. 52–58, mar. 2016.

MENESES, K. V. P. DE et al. Avaliação do ProDC como recurso na reabilitação cognitiva: estudo piloto. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 1, p. 73–80, 26 set. 2013.

MORAIS, M. et al. Efeito de video games ativos sobre a capacidade funcional e o humor de idosos: revisão sistemática e meta-análise. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 6, p. 523–532, 2017.

MOTA, L. M. H. DA et al. Guidelines for the drug treatment of rheumatoid arthritis. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, n. 2, p. 158–183, abr. 2013.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró-Saúde, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 27, p. 103–109, fev. 2010.

PALLAVICINI, F.; FERRARI, A.; MANTOVANI, F. Video Games for Well-Being: A Systematic Review on the Application of Computer Games for Cognitive and Emotional Training in the Adult Population. **Frontiers in Psychology**, v. 9, 2018.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **OPAS/OMS Brasil - Folha informativa - Envelhecimento e saúde | OPAS/OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820>. Acesso em: 18 out. 2020.

ROUPA, Z. et al. The use of technology by the elderly. **HEALTH SCIENCE JOURNAL**, v. 4, n. 2, p. 9, 2010.

SANTAGUIDA, P. S. et al. **Pharmacological Treatment of Dementia: Summary**. [s.l.] Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2004.

SCHWARZ, S.; FROELICH, L.; BURNS, A. Pharmacological treatment of dementia. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 25, n. 6, p. 542–550, nov. 2012.

SILVA, A. DOS S. DA et al. Playing in Pediatric Physical Therapy: Literature Review. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 23, n. 4, p. 623–636, dez. 2017.

SILVA, J. V. F. DA et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT - ALAGOAS**, v. 2, n. 3, p. 91–100, 26 maio 2015.

SIQUEIRA, S.; SCHNEIDERS, P. B.; SILVA, A. L. G. DA. Intervenções fisioterapêuticas e sua efetividade na reabilitação do paciente acometido por acidente vascular cerebral. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 4, p. 560–569, 3 set. 2019.

SOUZA, L. M. DE et al. Cardiovascular responses induced by acute video game boxing performance in healthy women. **MedicalExpress**, v. 1, n. 3, p. 153–157, jun. 2014.

SOUZA, M. P. G. DE. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 45, n. 3, p. 220–229, jun. 2010.

STRAHAN, B. E.; ELDER, J. H. Video Game Playing Effects on Obesity in an Adolescent with Autism Spectrum Disorder: A Case Study. **Autism Research and Treatment**, v. 2015, p. 1–7, 2015.

STRAHLER RIVERO, T. et al. ADHD Rehabilitation through Video Gaming: A Systematic Review Using PRISMA Guidelines of the Current Findings and the Associated Risk of Bias. **Frontiers in Psychiatry**, v. 6, 2015.

TEIXEIRA, P. C.; SILVA, L. D. AS INCAPACIDADES FÍSICAS DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: AÇÕES DE ENFERMAGEM. **Enfermería Global**, n. 15, p. 1–12, 2009.

VAN DER FLIER, W. M.; SCHELTENS, P. Epidemiology and risk factors of dementia. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, v. 76, n. Suppl 5, p. v2–v7, 2005.

VÁZQUEZ, F. L. et al. Efficacy of video game-based interventions for active aging. A systematic literature review and meta-analysis. **PLoS ONE**, v. 13, n. 12, 11 dez. 2018.

WISDOM, N. M.; MIGNOGNA, J.; COLLINS, R. L. Variability in Wechsler Adult Intelligence Scale-IV subtest performance across age. **Archives of Clinical Neuropsychology: The Official Journal of the National Academy of Neuropsychologists**, v. 27, n. 4, p. 389–397, jun. 2012.

# A INFLUÊNCIA DAS ATIVIDADES DE UM PROJETO DE EXTENSÃO COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Clenise Liliane Schmidt[1]
Mariangela Gobatto[2]
Bruna Neves Dolberth[3]
Pamela Somavila[4]

**Resumo:** O objetivo desta pesquisa foi analisar a influência das atividades do Projeto de Extensão EnvelheSER Saudável em idosos institucionalizados de um município do sudoeste do Paraná. Trata-se de um estudo intervencionista realizado a partir da aplicação dos questionários MEEM, WHOQOL OLD e GDS em dois momentos, com intervalo de um ano. Participaram 14 idosos de ambos os sexos, com idade entre 64 e 103 anos. Observou-se melhora significativa da capacidade cognitiva após as intervenções do projeto para o sexo feminino. Em relação à qualidade de vida, os resultados encontrados por meio do WHOQOL OLD evidenciaram melhora na média de todos os domínios avaliados e, consequentemente, na qualidade de vida geral dos idosos na segunda coleta de dados. O domínio Autonomia apresentou média baixa nos dois momentos da pesquisa, enquanto o domínio Morte e Morrer apresentou média alta nas duas coletas. Em relação ao rastreio de sintomas depressivos, verificou-se que o sexo masculino apresentou os melhores resultados. Porém, após as intervenções, o sexo feminino apresentou melhora

1 Docente do Curso de Enfermagem Instituto Federal do Paraná – IFPR, Graduada pelo Curso de Enfermagem da Faculdade Cenecista de Bento Gonçalves - RS, Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária de Chapecó – SC, clenise.schmidt@ifpr.edu.br;

2 Docente do Curso de Enfermagem Instituto Federal do Paraná – IFPR, Graduada pelo Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste - PR, Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – RS, mariangela.gobatto@ifpr.edu.br;

3 Graduanda pelo Curso de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná - IFPR, brunanevesdolberth@gmail.com;

4 Graduanda pelo Curso de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná - IFPR, somavila_pamela@hotmail.com;

significativa. Avalia-se que os dados desta pesquisa possibilitaram avaliar as ações desenvolvidas pelo projeto e implementar novas abordagens. Além disso, a possibilidade de os estudantes trabalharem de forma articulada com a equipe da instituição e de participarem do processo de cuidar do indivíduo idoso, com ações humanizadas muito além do olhar apenas assistencial, tem contribuído para torná-los profissionais mais sensíveis e éticos diante do processo de envelhecer.

**Palavras-chave:** Idoso, Envelhecimento, Institucionalização, Projeto de Extensão.

## Introdução

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma mais intensa nas últimas décadas, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Em 1970 os idosos representavam 6,1% da população brasileira, enquanto que, em 2010, esse percentual já representava 10,8% (IBGE, 2010). Atualmente, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que 13% da população brasileira tenha mais de 60 anos. Esse aumento expressivo está atrelado a fatores demográficos, sociais, às condições de saúde e vida da população que foram se alterando com o passar dos anos. O perfil das famílias mudou, diminuindo a taxa de natalidade e aumentando a inserção da mulher no mercado de trabalho. Além disso, as questões de saneamento básico melhoraram, bem como houveram significativos avanços na área da saúde, em especial das políticas públicas e a criação de um sistema público de saúde. Segundo o IBGE, alcançamos a expectativa de vida de 76,3 anos (IBGE, 2018). Se analisado historicamente, entre 1940 e 2018 a expectativa aumentou 30,8 anos. E as projeções indicam que em 2060 os idosos (acima de 60 anos) poderão representar 33,7% da população e ter uma expectativa de vida acima dos 81 anos de idade (IBGE, 2010, IBGE, 2013, IBGE, 2018).

O aumento da longevidade com certeza é uma conquista da humanidade ao mesmo tempo que se constitui como um grande desafio para a sociedade. Ainda que o envelhecimento almejado esteja associado com a preservação da autonomia e a manutenção da melhor qualidade de vida possível, sabe-se que nem sempre isso é atingível para grande parte dos idosos. Isso porque o envelhecer envolve uma série de adaptações relacionadas ao surgimento das doenças crônicas e das perdas funcionais e cognitivas que demandam maior assistência e, por vezes, necessidade da presença de um cuidador (SILVA, 2016).

Assim, a longevidade da população concomitante aos cuidados e atenção que este grupo demanda, levando em conta o estado de saúde, a carência de um cuidador domiciliar, a falta de tempo na vida atual e a falta de suporte das famílias, são fatores que contribuem para o aumento da procura por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (FAGUNDES *et al.*, 2017). Diante deste contexto, emerge o importante papel destas instituições, as quais são residências coletivas para idosos especializadas no cuidado desse grupo populacional, oferecendo assistência integral e multidisciplinar (BRASIL, 2005).

As ILPI's são espaços preparados para atender as demandas de cuidados consequentes do processo de envelhecimento que se somam às doenças

ISBN 978-65-86901-26-9

crônicas, à presença de complicações e acabam causando uma série de limitações ou incapacidades. Porém, apesar do atendimento integral é importante considerar e respeitar a individualidade, bem como um certo grau de autonomia ao idoso, uma vez que as rotinas institucionais podem reforçar ainda mais o nível de dependência. Esse cenário contribui para o aumento do risco de danos psicológicos no indivíduo idoso e da sua percepção negativa em relação a perda de autonomia e de qualidade de vida. Isso porque, o idoso pode vivenciar sentimentos de abandono, ruptura da vivência familiar e social a partir da institucionalização. (OMS, 2001; SOUZA *et al.,* 2018; OLIVEIRA, ROZENDO, 2014). Vale salientar que, a depender de como o tempo do idoso será utilizado dentro da ILPI, esses fatores podem ser afetados em maior ou menor escala. Nesse contexto, é importante planejar diferentes atividades para promover constantemente as habilidades cognitivas, físicas, emocionais e sociais nos idosos institucionalizados. Terapia ocupacional, projetos de extensão e cronogramas de atividades da própria instituição podem contribuir significativamente.

Nesta perspectiva, o Projeto de Extensão EnvelheSER Saudável vem sendo desenvolvido desde o final de 2017 por intermédio do Instituto Federal do Paraná (IFPR), sendo os protagonistas os acadêmicos e os idosos institucionalizados que interagem através de atividades que estimulam diferentes habilidades e promovem a socialização entre as partes envolvidas. Integram o projeto docentes e discentes dos cursos de graduação de Enfermagem, Farmácia e Educação Física, os quais desenvolvem atividades manuais, físicas, alongamento, dança, cinoterapia, oficinas de embelezamento, estimulação cognitiva através de jogos e uso de aplicativos e atividades recreativas. Além de proporcionar momentos de bem-estar aos idosos, a participação no projeto oportuniza aos acadêmicos a compreensão da institucionalização de diferentes óticas, já que trata-se de uma alternativa de cuidado integral para idosos que demandam mais cuidados e não contam com apoio familiar mas também como um local de isolamento social e com reflexos negativos a nível psicológico e afetivo, ocasionados pelo abandono/ruptura dos laços com a família, mudança de rotina e perda da identidade que os idosos comumente vivenciam.

A extensão universitária possui um papel significativo na sociedade e tal projeto foi desenvolvido a partir do reconhecimento da maior vulnerabilidade deste grupo, o qual foi afastado de seu contexto familiar por diversos motivos e, durante a institucionalização, enfrenta um processo de adaptação que envolve muitas mudanças. Acredita-se que esse processo de adaptação à instituição e às novas rotinas possa ser um fator agravante em relação a diferentes aspectos,

entre eles, os fatores psicológicos e o risco aumentado para doenças demenciais e depressão. Uma revisão integrativa realizada por Alves-Silva, Scorsolini-Comin e Santos (2013) apontou que o processo de institucionalização apresenta um potencial importante para o desencadeamento de quadros de depressão, por se tratar de um processo estressante associado necessidade de adaptação às rotinas institucionais rígidas e, consequente, perda da liberdade e autonomia.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é analisar a influência das atividades do Projeto de Extensão EnvelheSER Saudável em idosos institucionalizados de um município do sudoeste do Paraná.

## Metodologia

Trata-se de um estudo intervencionista ou pesquisa-intervenção, que pressupõe que, a partir da realidade encontrada, seja possível implementar e, posteriormente, avaliar as intervenções desenvolvidas. O estudo intervencionista parte da ideia de Vygotsky de "que a ação humana interfere no objeto de estudo, em seu contexto e em seus participantes, neles provocando alterações e transformações" (FREITAS, 2010).

Neste direcionamento, a coleta de dados ocorreu em duas etapas distintas: a primeira, nos meses de novembro e dezembro de 2017, previamente ao início do projeto de extensão e a segunda, após transcorrido um ano das atividades, em novembro e dezembro de 2018. Para isso, projeto de pesquisa e extensão foram alinhados, ou seja, as atividades de extensão transcorreram com cronograma de atividades semanais após análise dos dados da primeira coleta, para que as diferentes habilidades dos idosos fossem estimuladas e as intervenções trabalhassem as diferentes capacidades: física, cognitiva, funcional e emocional, dando maior ênfase àquelas que se apresentaram mais afetadas. O cronograma de atividades de extensão incluiu dança, música, atividades físicas, alongamentos, cinoterapia, jogos cognitivos, uso de aplicativos para estimulação da memória, jogos de tabuleiros, atividades manuais, oficinas de embelezamento e atividades recreativas e era planejado de acordo com a participação dos idosos.

Os participantes deste estudo foram idosos de ambos os sexos, residentes em uma ILPI localizada em um município do sudoeste do Paraná. Na primeira coleta, a instituição contava com 27 idosos, havendo óbitos e desinstitucionalizações no decorrer do primeiro ano, reduzindo para 14 participantes no segundo momento de coleta de dados. Foram considerados como critérios de exclusão para este estudo: idade inferior à 60 anos e impossibilidade

de participar dos dois momentos de pesquisa (desinstitucionalização, institucionalização após a primeira coleta, internação hospitalar durante um dos momentos de coleta de dados).

Foram aplicados nos dois momentos de coleta de dados os questionários Mini Exame do Estado Mental, WHOQOL OLD e Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH; 1975; POWER; QUINN; SCHMIDT, 2005; VERÍSSIMO, 1988).

O Mini Exame do Estado Mental é composto por uma série de perguntas agrupadas em 7 categorias, com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas: orientação para tempo e para local, registro de palavras, atenção e cálculo, lembrança das palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore pode variar de 0 até 30 pontos. O ponto de corte está diretamente relacionado ao nível de escolaridade do grupo estudado. No Brasil, os pontos de corte sugeridos foram de 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média, e 26 para alta escolaridade (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH; 1975; BERTTOLUCCI *et al.*, 1994).

O WHOQOL OLD é um instrumento que permite a avaliação da qualidade de vida dos idosos a partir de 24 itens divididos em seis facetas ou domínios. Cada domínio possui quatro itens de avaliação, resultando em um escore que pode oscilar de 4 a 20. Os escores dos seis domínios ou os valores dos 24 itens do instrumento, podem ser combinados para produzir um escore geral (global) da qualidade de vida dos idosos. Basicamente, a análise dos resultados é quanto ao escore alcançado: quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida do idoso (POWER; QUINN; SCHMIDT, 2005).

Já a Escala Geriátrica de Depressão (GDS-15), engloba 15 questões com duas alternativas de respostas (sim e não), consoante ao modo como o idoso tem se sentido na última semana. As respostas geram uma pontuação e o resultado é a soma das 15 respostas. Indivíduos com escores iguais ou inferiores a 5 apresentam quadro psicológico normal. Escores acima deste valor indicam presença de depressão (VERÍSSIMO, 1988).

Todos os dados foram tabulados e categorizados no programa Microsoft Excel. Utilizou-se para a análise de dados a estatística descritiva, média, desvio padrão e a distribuição de frequências (%).

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa EnvelheSER Saudável que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ, sob o parecer nº 2.408.392/2017 e segue as resoluções éticas vigentes.

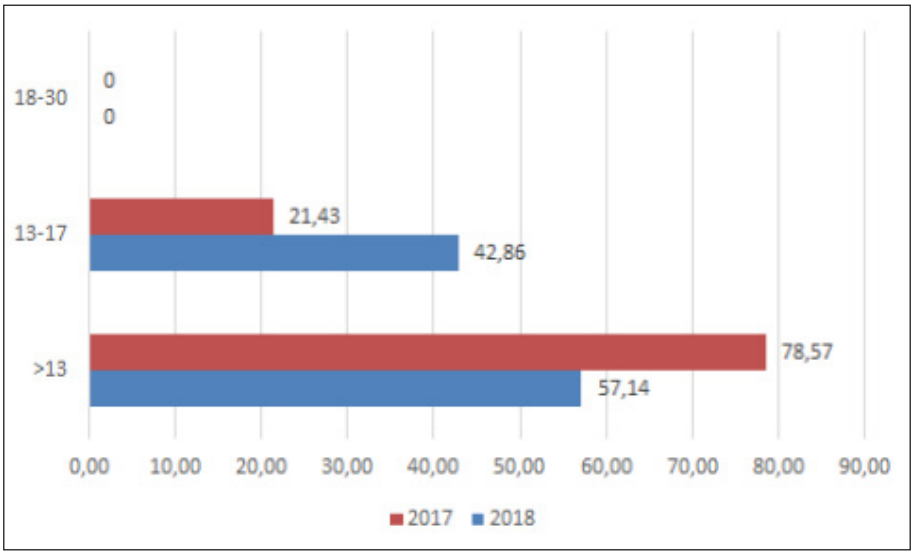
## Resultados e discussão

Participaram deste estudo 14 idosos, com idade entre 64 e 103 anos de idade. Entre os participantes da pesquisa, 64,3% eram do sexo feminino.

Em relação aos resultados encontrados a partir da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), observou-se que a maioria dos idosos participantes desta pesquisa apresentaram quadros demenciais, uma vez que o escore mais alto apresentado na primeira coleta foi 14 e na segunda foi 17. Apesar da melhora da média alcançada entre o grupo (2017: 8,9 e em 2018: 9,6), a média apresenta-se bem abaixo do ponto de corte sugerido por Berttolucci et al., (1994), que é de 13 pontos para os idosos analfabetos ou 18 pontos para idosos com baixa escolaridade.

O Gráfico 1 apresenta a frequência de idosos de acordo com os escores alcançados no MEEM, demonstrando que nenhum participante atingiu o corte de 18 pontos em nenhum dos períodos analisados.

Gráfico 1. Frequência de idosos institucionalizados com quadros demenciais/ perdas cognitivas de acordo com os pontos de corte sugeridos por Berttolucci *et al.*, (1994) para o Mini Exame do Estado Mental nos anos de 2017 e 2018 no município do sudoeste do PR.




Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

ISBN 978-65-86901-26-9

É possível observar que após as intervenções do Projeto EnvelheSER Saudável os idosos apresentaram escores mais altos daqueles apresentados inicialmente, porém, se mantiveram distribuídos nos mesmos grupos: abaixo do ponto de corte e entre 13 e 17 pontos. Mesmo após as intervenções, nenhum dos participantes alcançou 18 pontos ou mais.

Cabe ressaltar que tal instrumento de avaliação é diretamente influenciado pelo nível de alfabetização dos participantes, uma vez que há perguntas que envolvem compreensão, interpretação, leitura, cálculo e escrita. Certamente aí está uma das implicações que resultou em baixos escores, uma vez que, parcela significativa dos idosos apresenta baixos índices de escolaridade. Este dado não foi analisado e discutido neste estudo pois alguns participantes não souberam informar e não havia registro relacionado à escolaridade.

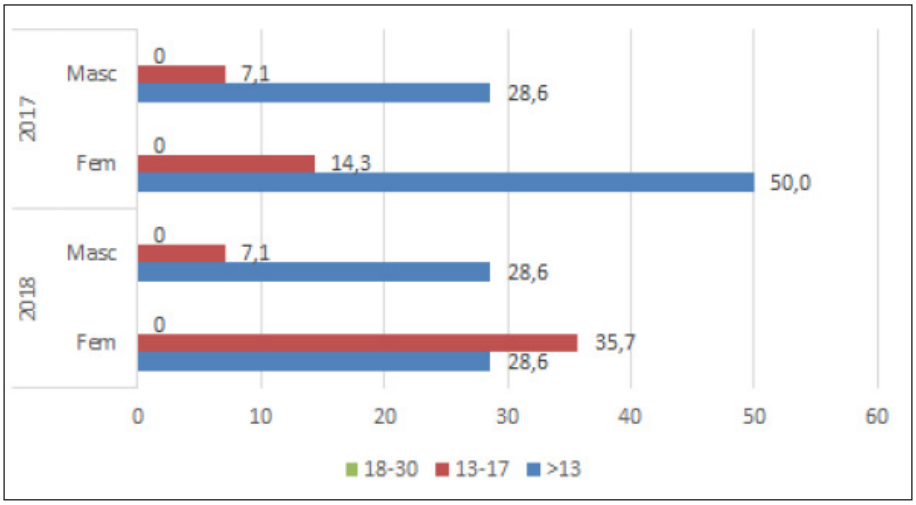
É importante ressaltar, que os testes cognitivos são influenciados por variáveis sociodemográficas, entre as quais, a escolaridade, o que dificulta a interpretação dos seus resultados (BERTOLUCCI, *et al.*, 1994; DIAS, et al., 2007).

Em síntese, entre os resultados com o instrumento de avaliação cognitiva foi observada a associação entre o baixo desempenho no MEEM com a variável escolaridade.

Quanto à variável sexo, é possível observar diferenças nos resultados encontrados após a intervenção. Os idosos do sexo masculino não apresentaram alterações significativas após as intervenções, independente da classificação que obtiveram, como é possível observar no Gráfico 2. Já o sexo feminino apresentou melhora significativa após as intervenções realizadas. Percebe-se aumento expressivo das idosas que foram classificadas inicialmente com comprometimento cognitivo importante (escore inferior a 13) e posteriormente passaram a apresentar escores entre 13 e 17. Em 2017, as mulheres com escore entre 13 e 17 representavam 14,3% do total de participantes e em 2018 passaram a representar 35,7%, conforme é possível observar no gráfico abaixo.

ISBN 978-65-86901-26-9

Gráfico 2. Frequência de idosos institucionalizados com quadros demenciais/ perdas cognitivas de acordo com os pontos de corte sugeridos por Berttolucci *et al,* (1994) para o Mini Exame do Estado Mental nos anos de 2017 e 2018, distribuídos por sexo, em um município do sudoeste do, PR.




Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Em relação à qualidade de vida dos idosos, os resultados encontrados por meio do WHOQOL OLD, e ilustrados na Tabela 1, evidenciam uma melhora na média de todos os domínios avaliados e, consequentemente, na qualidade de vida geral dos idosos. As médias mais baixas em 2017 estavam relacionadas à autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social. Transcorrido um ano, as médias mais baixas ficaram nos domínios de autonomia, funcionamento do sensório e intimidade, o que demonstra que a percepção de parcela dos idosos quanto aos domínios de maior prejuízo tem sofrido alterações. O domínio com a maior média, manteve-se o mesmo nos dois períodos avaliados, sendo relacionado a morte e ao morrer. Esse dado aponta para o processo de aceitação quanto ao fim da vida pelos participantes da pesquisa.

Tabela 1. Estatística descritiva da qualidade de vida, segundo WHOQOL-OLD em idosos institucionalizados no município do sudoeste do PR.

| DOMÍNIOS | 2017 | | | | 2018 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | MÉDIA | DP | MÍNIMA | MÁXIMA | MÉDIA | DP | MÍNIMA | MÁXIMA |
| **Dom 1** | 12,8 | 3,0 | 9 | 18 | 13,1 | 3,8 | 8 | 19 |
| **Dom 2** | 9,6 | 3,5 | 5 | 16 | 10,2 | 2,0 | 8 | 16 |
| **Dom 3** | 11,4 | 4,2 | 5 | 17 | 13,8 | 3,3 | 9 | 18 |
| **Dom 4** | 10,9 | 4,2 | 4 | 17 | 13,5 | 3,1 | 9 | 17 |
| **Dom 5** | 14,4 | 3,0 | 9 | 20 | 15,9 | 3,0 | 10 | 20 |
| **Dom 6** | 11,9 | 3,2 | 8 | 17 | 13,0 | 2,2 | 10 | 16 |
| **QVG - OLD** | 71,0 | 14,3 | 55 | 96 | 79,6 | 12,4 | 60 | 103 |

Dom 1= Funcionamento do sensório, Dom 2= Autonomia, Dom 3= Atividades passadas, presentes e futuras, Dom 4= Participação social, Dom 5= Morte e morrer, Dom 6= Intimidade, QVG- OLD= qualidade de vida geral. F = feminino, M = masculino, dp = desvio padrão, mínima = valor mínimo, máxima = valor máximo. Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Corroborando com este estudo, Casagrande e Agostini (2015) buscaram identificar a percepção da morte na visão de pessoas na terceira idade e apontaram uma maior aceitação da proximidade com a morte no estudo realizado. Grande parte dos entrevistados relataram pensar sobre a própria morte e estar se preparando para ela. Mesmo a morte sendo vista como algo natural pela maioria dos idosos, ela vem acompanhada de preocupações, medos e angústias e verificou-se que esta questão é influenciada diretamente pelo modo como cada idoso encara sua vida e se insere na sociedade em que vive.

Nesse sentido, aspectos que devem ser levados em consideração quanto a melhor ou pior aceitação da morte referem-se às expectativas de realização pessoal, relações afetivas, em especial existência de situações mal resolvidas, nível de espiritualidade ou crenças religiosas, além de aspectos como presença de doenças graves, especialmente quando diagnosticadas já em fase avançada ou terminal.

A melhora na percepção da qualidade de vida dos idosos pode ter vários aspectos relacionados: melhora cognitiva, aceitação da condição atual, melhora da afetividade e do vínculo com cuidadoras, com demais idosos e com pessoas que frequentam a instituição, bem como, melhor ocupação do tempo dentro da instituição. Assim, dadas as características das atividades de extensão universitária com idosos institucionalizados, pode-se inferir que elas contribuem para que estes sejam estimulados, mantenham ou melhorem suas habilidades, se tornem menos ociosos e, sobretudo, possam receber e dar afeto.

Estudo realizado por Vitorino, Paskulin e Vianna (2013) apontou que um importante indicador para o bem-estar do idoso é a participação social, sendo que algumas condições relacionadas à institucionalização podem contribuir para o declínio da saúde mental e física. Além disso, os autores afirmam que a participação do idoso em atividades de grupos contribui positivamente para melhora da autonomia e da autoestima. Sabe-se, ainda, que idosos que não participam de atividades culturais, de lazer, que envolvem atividade física e relações sociais podem ter a percepção de qualidade de vida reduzida.

Neste sentido, acredita-se que as atividades desenvolvidas pelo projeto EnvelheSER Saudável e as relações estabelecidas a partir dos integrantes da proposta possam ter contribuído na melhora da maioria dos domínios avaliados.

Considerando-se a inexistência de uma rede de apoio familiar aos idosos institucionalizados, as necessidades emocionais passam a ser supridas pelos cuidadores e complementada pelos demais residentes e por outras pessoas que de alguma forma se envolvem com o cuidado desses indivíduos. Quando esses vínculos não são bem estabelecidos ou são pouco valorizados, podem potencializar os efeitos negativos da institucionalização. Por outro lado, ações que estimulam o estabelecimento de novos vínculos por meio da estimulação da interação e do desenvolvimento de atividades que preenchem o tempo, podem oferecer novas perspectivas de vida.

Ao explorar os resultados apresentados nos domínios autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social, pode-se inferir que a percepção de receber apoio social, o estímulo ao desenvolvimento de atividades e a maior diversidade nos relacionamentos podem ter contribuído para melhora na média desses indicadores.

Existe uma correlação positiva entre a independência nas atividades de vida diária, o fortalecimento da rede de suporte social e o bem-estar percebido (ZAINAB & NAZ, 2017).

Neste cenário, a extensão universitária possui papel relevante tanto na vida dos acadêmicos, que colocam em prática tudo o que aprenderam em sala de aula, quanto na vida dos idosos que usufruem deste aprendizado. Os encontros são permeados de afetividade e troca mútua, estimulando o fortalecimento de vínculos com os alunos, entre os idosos e os cuidadores, bem como entre os idosos institucionalizados.

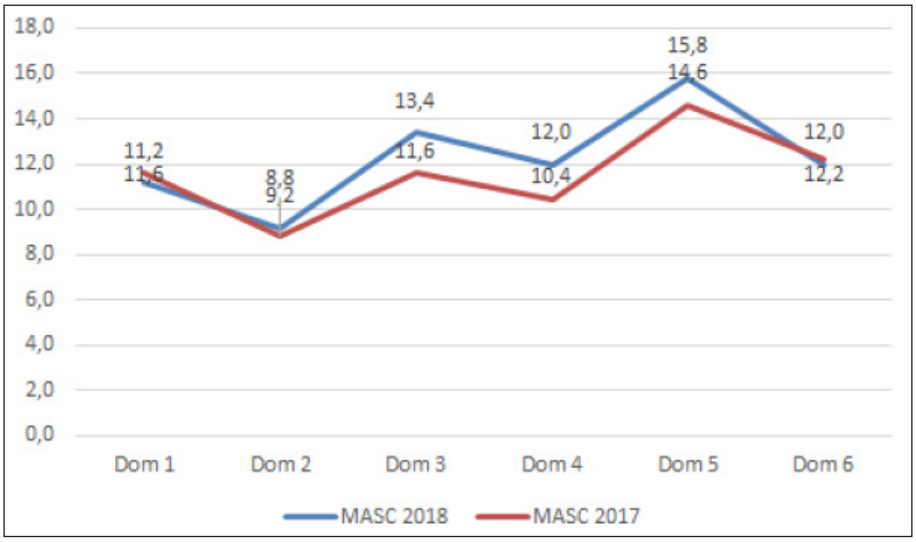
Um projeto de extensão semelhante ao EnvelheSER Saudável, desenvolvido pela Universidade Federal de Uberlândia em uma ILPI com o objetivo

de desenvolvimento de atividades voltadas para o lazer dos idosos e promoção de uma melhora no relacionamento entre idoso-instituição, alcançou resultados importantes em relação a maior satisfação dos idosos, momentos de alegria, melhora na autoestima e da qualidade de vida, além do convívio entre professores, alunos e idosos ter proporcionado uma nova experiência extracurricular que estimulou a postura crítica, os princípios éticos e o senso de responsabilidade social (ARVELOS *et al.*, 2011).

Propostas que integrem pesquisa e extensão universitária voltada às ILPI's são importantes, uma vez que possibilitam que as ações sejam desenvolvidas com a comunidade externa à instituição de ensino e ao mesmo tempo sejam avaliadas e compartilhadas em meio científico.

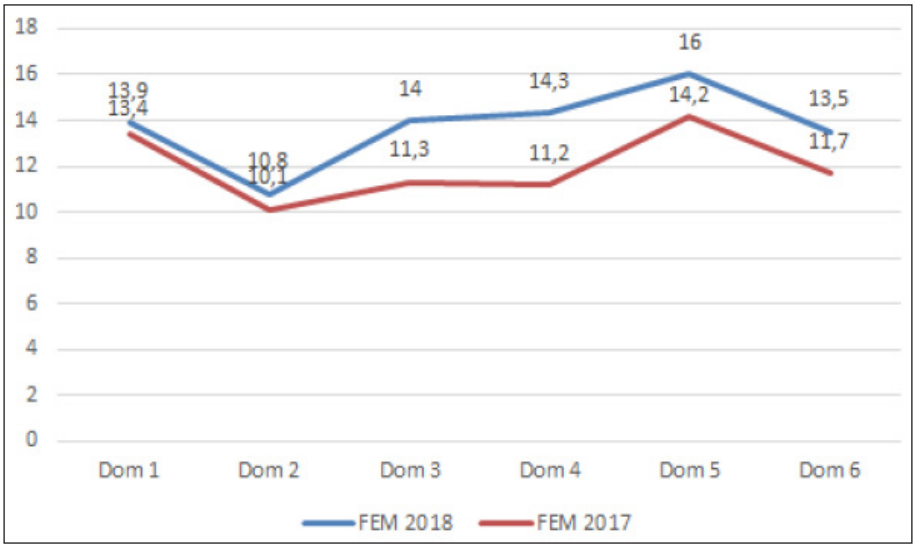
Ao analisar os dados de qualidade de vida por sexo é possível observar que os homens apresentaram piora em relação aos domínios 1 e 6 nos dois períodos avaliados. Para os demais domínios, observou-se melhora nos resultados alcançados. As mulheres apresentaram melhora em todos os domínios, sendo o domínio 3 e o 4 os mais expressivos.

Gráfico 3. Distribuição dos idosos institucionalizados do sexo masculino conforme escores alcançados na avaliação de qualidade de vida do WHOQOL OLD nos diferentes domínios, em um município do sudoeste do, PR.




Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Gráfico 4. Distribuição dos idosos institucionalizados do sexo feminino conforme escores alcançados na avaliação de qualidade de vida do WHOQOL OLD nos diferentes domínios, em um município do sudoeste do, PR.




Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Com base na pontuação obtida no domínio 1, os quais estão relacionados a perdas nos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato), observou-se piora entre os homens, podendo-se inferir que essas perdas afetam suas capacidades de interação com as outras pessoas. A piora relativa ao Domínio 6, relacionado à intimidade, que retrata a capacidade de ter relacionamentos pessoais e íntimos, pode ser justificado pela maior dificuldade de lidar com o distanciamento familiar, sobretudo, à ausência de uma companheira, visto que todos os homens da instituição estudada, são viúvos. Em síntese, este domínio, tem impactado mais na qualidade de vida dos homens do que nas mulheres neste estudo.

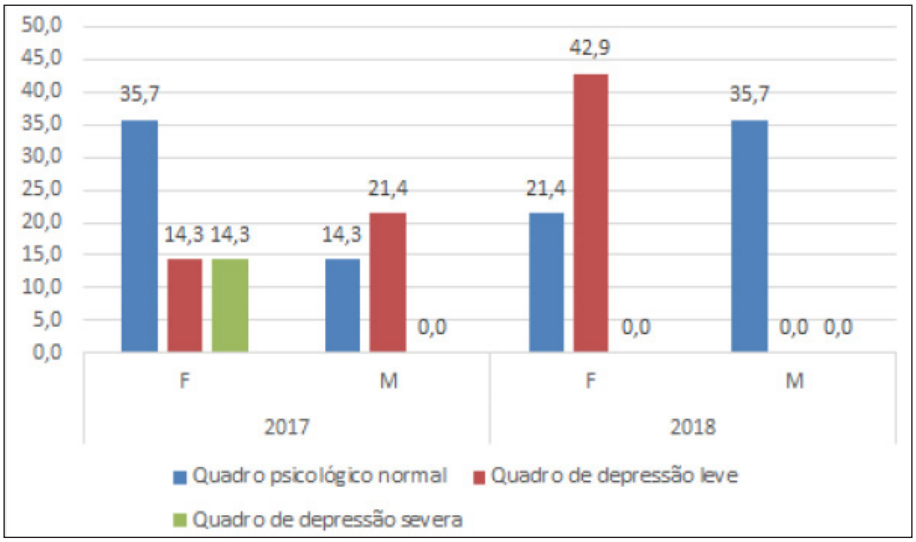
Resultado semelhante foi identificado por SIMEÃO, et al (2018), em estudo no qual comparou a Qualidade de Vida (QV) de idosos asilados e frequentadores do Centro Dia do Asilo Vila Vicentina, no município de Bauru/SP. O estudo apresentou os piores escores de QV, inclusive com valores zero, com diferença significante para ambos os sexos. Para os homens asilados, trata-se do menor valor apurado (9,4) entre todos demais domínios.

Cabe considerar ainda, que a média dos escores alcançados pelo sexo feminino são ligeiramente mais elevados do que para o sexo masculino em cinco dos seis domínios avaliados, o que sugere que a qualidade de vida dos

homens pode estar sendo mais diretamente afetada pelas limitações/incapacidades e pela própria institucionalização. Esse dado é constatado pela média geral alcançada no WHOQOL-OLD nos dois momentos de aplicação do questionário, já que em 2017 o sexo masculino apresentou média de 69,2 enquanto o sexo feminino alcançou 72,0 pontos e em 2018, após as intervenções, o sexo masculino ficou com média de 73,6 quando o sexo feminino chegou em 82,9.

O rastreio para os sintomas depressivos foi realizado por meio da Escala de Depressão Geriátrica, e os resultados, ilustrados no Gráfico 4, apontam que o sexo masculino foi o grupo que apresentou os melhores resultados. Os homens representam 35,7% do total da amostra estudada, e em 2017 sua distribuição ficou entre os grupos "quadro psicológico normal" (14,3%) e "depressão leve" (21,4%), não havendo representação no grupo de "depressão severa". Em 2018 todos os participantes do sexo masculino ficaram categorizados como "quadro psicológico normal", o que representa um resultado significativo para esta pesquisa e para o projeto de extensão a ela vinculado.

Gráfico 5. Frequência de idosos institucionalizados, distribuídos por sexo, classificados segundo Escala de Depressão Geriátrica - GDS, nos anos de 2017 e 2018 em um município do sudoeste do PR.




Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Resultados divergentes foram identificados em estudo realizado por Guimarães et al. (2019), no qual 54,8% apresentaram sintomas depressivos sem, contudo, demonstrar os índices separadamente entre sexo.

Quanto ao sexo feminino, podemos observar que houve uma diminuição na proporção de casos categorizados como "quadro psicológico normal" entre os anos estudados e um aumento importante (14,3% em 2017 para 42,9% em 2018) das mulheres com depressão leve. Porém, as participantes que inicialmente foram avaliadas como em "depressão severa" melhoraram sua condição, uma vez que este grupo não teve representação em 2018.

Segundo Almeida *et al.* (2015), as pessoas do sexo feminino atingem maior longevidade, seguida por uma maior incidência de processos patológicos crônicos, entre os quais o transtorno depressivo.

Embora evidenciou-se aumento significativo entre as mulheres com depressão leve, ressalta-se, que não houve representação de mulheres com depressão severa, sugerindo melhora na percepção dessas idosas em relação a esse domínio.

Considerando que os sintomas depressivos no idoso podem levar a comprometimentos funcionais, como perda da autonomia, tornando-o mais dependente na realização das suas atividades cotidianas, esse estudo demonstra a necessidade de medidas adequadas quanto ao diagnóstico e tratamento nesses idosos institucionalizados.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2020).

Durante o desenvolvimento das atividades de extensão, evidenciou-se a distribuição dos idosos em grupos de acordo com a preferência por atividades distintas. Estes grupos estavam organizados justamente por sexo. Homens, em geral, demonstraram preferência por participar de atividades físicas, cognitivas e jogos. Mulheres demonstraram maior afinidade com atividades manuais, dança e oficina de embelezamento. Ambos os sexos participaram igualmente quando se tratava de atividades recreativas e cinoterapia.

ISBN 978-65-86901-26-9

A socialização com os estudantes, a ocupação do tempo ocioso e a participação das atividades com as quais os idosos mais apresentavam afinidade é um fator que pode ter contribuído para a melhora dos escores apresentados. Acredita-se, a partir dos resultados apresentados, que as atividades do projeto de extensão possam ter contribuído para a melhora nos escores da Escala de Depressão Geriátrica.

Ainda que outros aspectos não tenham sido avaliados nesta pesquisa, eles não podem ser desvalorizados. Isso inclui a visita da família, a relação com as cuidadoras, melhora de outras habilidades/capacidades ou da condição de saúde e/ou da espiritualidade. Além destes, o uso da terapia medicamentosa é outro fator que pode incidir sobre tais resultados.

## Considerações finais

Os resultados deste estudo permitiram a constatação de que as características sociodemográficas dos idosos institucionalizados são semelhantes aos achados publicados na literatura científica, com predomínio de mulheres residentes em instituições de longa permanência e idade média elevada entre os entrevistados.

Considerando o estado mental a partir da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) observou-se que, após as intervenções do Projeto EnvelheSER Saudável, os idosos apresentaram escores mais altos daqueles apresentados inicialmente, porém, se mantiveram distribuídos nos mesmos grupos: abaixo do ponto de corte e entre 13 e 17 pontos. Entretanto, pode-se atribuir esse resultado à influência da variável, nível educacional. Quando explorado esse resultado separadamente por sexo, identificou-se que as mulheres apresentaram melhora significativa após as intervenções realizadas.

Em relação à qualidade de vida dos idosos, os resultados encontrados por meio do WHOQOL OLD, evidenciam uma melhora na média de todos os domínios avaliados e, consequentemente, na qualidade de vida geral dos idosos.

Evidenciou-se que houve alteração na avaliação de alguns domínios entre a primeira e segunda avaliação. A primeira avaliação apontou médias mais baixas em relação à autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social. Transcorrido um ano, as médias mais baixas ficaram nos domínios de autonomia, funcionamento do sensório e intimidade, demonstrando que a percepção de parcela dos idosos quanto aos domínios de maior

ISBN 978-65-86901-26-9

prejuízo tem sofrido alterações. Autonomia manteve-se baixa nos dois momentos, o que sugere ser um domínio relativamente importante para os participantes da pesquisa.

O domínio com a maior média, manteve-se o mesmo nos dois períodos avaliados, sendo relacionado a morte e ao morrer, apontando para o processo de aceitação quanto ao fim da vida pelos participantes da pesquisa. Além disso, observou-se que a qualidade de vida é percebida de forma distinta para os sexos feminino e masculino, uma vez que as médias apresentadas para o sexo masculino em cinco dos seis domínios avaliados apresentam-se ligeiramente mais baixas do que as médias alcançadas pelo sexo feminino, tanto na primeira coleta de dados (2017) como após as intervenções do projeto de extensão (2018).

Em relação ao rastreio para os sintomas depressivos realizado por meio da Escala de Depressão Geriátrica, verificou-se que o sexo masculino foi o grupo que apresentou os melhores resultados. Porém, o sexo feminino apresentou melhora significativa após as intervenções.

Aos acadêmicos este projeto rendeu muito conhecimento e compaixão, recebidos de braços abertos pelos idosos institucionalizados tendo a chance de ensinar e aprender com pessoas mais vividas e cheias de histórias para contar. Foram criados novos vínculos e afetos, pois os idosos aguardavam ansiosos pelas atividades e pela visita dos integrantes do projeto.

Observa-se que o processo de institucionalização traz danos incalculáveis aos idosos. Assim, atividades que minimizem o sofrimento destes podem contribuir para o enfrentamento do novo contexto de vida. A inserção de atividades físicas, cognitivas, recreativas e de cinoterapia podem melhorar alguns aspectos da vida de um indivíduo institucionalizado.

A partir deste estudo pode-se identificar variáveis que apontaram resultados importantes em relação às atividades que vem sendo desenvolvidas com os idosos. Os dados apontaram melhores índices em relação à capacidade cognitiva, ao risco de depressão e à qualidade de vida dos participantes após a realização das atividades do Projeto EnvelheSER Saudável. A qualidade de vida melhorou em todos os domínios avaliados, quando considerada a média geral, porém, a autonomia manteve-se entre os piores escores nos dois períodos avaliados.

Em relação ao projeto de extensão, avalia-se que os objetivos vêm sendo alcançados e os resultados desta pesquisa confirmam esta análise. Como contribuições para as atividades de extensão, a análise dos dados tem possibilitado

a avaliação das ações que atualmente são desenvolvidas, permitindo ainda que estas sejam discutidas e que novas abordagens e propostas sejam elaboradas a partir das necessidades identificadas. Um dos objetivos do projeto era interferir nos dados encontrados inicialmente através das atividades de extensão desenvolvidas no decorrer de um ano. Considera-se que tal objetivo foi alcançado e muito além disso, as percepções dos idosos e das cuidadoras nos mostraram novos caminhos e deram ainda mais significado para as atividades já desenvolvidas. Entre os impactos observados a partir do projeto, pode-se citar ainda que a percepção da melhora da autoestima, do afeto e da expressão dos sentimentos dos idosos ficou evidenciada no decorrer do projeto. O estigma de abandono pela família e a consequente institucionalização costumam acarretar elevado percentual de casos de depressão entre os idosos institucionalizados. Interferir neste processo, certamente é um grande resultado para o projeto de extensão. Além disso, a possibilidade de os estudantes trabalharem de forma articulada com a equipe da instituição e de participarem do processo de cuidar do indivíduo idoso, com ações humanizadas muito além do olhar apenas assistencial, tem contribuído para torná-los profissionais mais sensíveis e éticos diante do processo de envelhecer.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALMEIDA, M. A. S. O.; *et al*. Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. **Rev Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 627-41. 2015.

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Psicol. Reflex. Crit. [online].** v. 26, n. 4. p. 820-830. 2013.

ARVELOS, E. S.; *et al*. Projeto "faça um idoso feliz": promoção de atividades de lazer a idosos institucionalizados. **Em extensão**. Uberlândia. v. 10, n. 1, p. 139-145, jan./jun. 2011.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI S. R.; JULIANO Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr,** v. 52, n. 1, p. 1-7. 1994.

**BRASIL**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 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. Diário Oficial da União, Brasília, 27 nov. 2005. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df. Acesso em: 24 de maio. 2020.

DIAS, I. G.; TEIXEIRA, K. M. D.; LORETO. M. D. S.; MAFRA, S. C. T. Reflexão dos idosos e de seus familiares acerca do relacionamento intergeracional antes e após a institucionalização asilar. **Oikos**, v. 18, p. 67-87. 2007.

FAGUNDES, K. V. D. L, *et al.;* Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Rev. Saúde Pública,** v. 19, n. 2, p. 210-214. 2017.

FREITAS, M. T. A.; RAMOS, B. S. **Fazer Pesquisas na Abordagem Histórico-Cultural:** metodologias em construção. Juiz de Fora: Editora UFJF, ed. 1. 2010.

FIGUEIREDO D'AGOSTINI, C. L.; LUCIANO CASAGRANDE, S. Percepção da morte na visão do idoso. **Pesquisa em Psicologia** - anais eletrônicos, 30 out. p. 173-185. 2015.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**, v. 12, p. 189-98. 1975.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).** 2010. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 31 maio. 2020.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).** Projeções da população. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>. Acesso em: 24 abr. 2020.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).** Resultados do Universo do Censo Demográfico. 2010. Rio de Janeiro. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_do_Universo/tabelas_pdf/ tab1.pdf. Acesso em: 24 abr. 2020.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).** Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2013. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=266778. Acesso em: 21 maio. 2020.

MC, DOWELL.; I, NEWELL C. **Measuring health:** a guide to rating scales and questionnaires. 2. ed. New York: Oxford University Press. 1996.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).** Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde. p. 1-30. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf%3Bjse> Acesso em: 15 maio. 2020.

OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 67, n. 5, p. 773-779. 2014.

**ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).** Atlas mental health resources in the world: initial results of Projet ATLAS. Geneva: Organização Mundial de Saúde. p. 1-58. 2001.

POWER, M.; QUINN, K.; SCHMIDT, S. WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-Old module. **Quality of Life Research,** v. 14 p. 2197-2214. 2005.

SANTOS, E. G. O. *et al.*; Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 854-865. 2017.

SILVA, M. R. F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 126, p. 215-234. 2016.

SIMEÃO, S. F. A. P.; *et al.* Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 23, n. 11. Rio de Janeiro. Nov. 2018.

SOUZA, P. D. S.; BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J. B.; MAZO, G. Z.; GONÇALVES, L. H. T. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-16. 2011.

VERISSIMO, M. T. Avaliação Diagnóstica das síndromes demenciais: Escala de depressão geriátrica. Porto: Serviço de Neurologia do Hospital S. João do Porto. 1988.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 21, p. 3-11. 2013

ZAINAB, N.; NAZ, H. Daily living functioning, social engagement and wellness of older adults. **Psychology, Community & Health,** v. 6 n. 1, p. 93–102. 2017.

# CONTRIBUIÇÃO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FUNÇÃO FUNCIONAL E COGNITIVA DE IDOSOS.

Mayra Sousa Gomes[1]
Danielle Victor Fernandes[2]
Kay Francis Leal Vieira[3]
Adriana Lira Rufino de Lucena[4]

**Resumo:** O envelhecimento da população é acompanhado de mudanças nos desempenhos cognitivos e funcionais. **Objetivo:** Analisar o perfil funcional e cognitivo de idosos participantes de um projeto de extensão de uma instituição privada de João Pessoa-PB, Brasil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado em um grupo de convivência pertencente a uma Instituição de Ensino Superior. A amostra foi selecionada por conveniência, totalizando 56 indivíduos. A coleta de dados foi realizada com o próprio idoso, individualmente, por meio de uma entrevista realizada por dois avaliadores devidamente treinados para a aplicação do protocolo. Foram realizados a caracterização da amostra através de um questionário sociodemografico, a avaliação do desempenho funcional por meio do ìndice de Katz e o desempenho cognitvo, através do MEEM. **Resultados:** A análise mostrou predomínio do sexo feminino (94,65%), faixa etária entre 70 a 79 anos (51,78%), estado civil viúvo (46, 43%), nível de escolaridade fundamental incompleto (46,43%) e renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos (57,15%). A maioria dos idosos entrevistados (94,65%; n=53) foi considerada independente para a realização de atividades básicas da vida diária, apenas

1 Doutoranda do Curso de Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, mayragomes89@gmail.com;

2 Graduanda do Curso de Enfermagem das Faculdades Nova Esperança- FACENE, daniellevictor.enf@gmail.com;

3 Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, kayvieira@hotmail.com;

4 Professora orientadora: Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB adriana.lira.rufino@hotmail.com.

3,57% (n=2) referiram dependência parcial e um idoso com dependência importante. Quanto ao déficit cognitivo, 76,78% (n=43) não apresentam deficiências de cognição. **Conclusão:** As ações extensionistas desenvolvem várias modalidades de intervenções multidimensionais que englobam a prevenção de doenças e promoção à saúde, visando cada vez mais contribuir para melhorar a capacidade funcional e cognitiva dos idosos, fortalecendo a autonomia, autocuidado e consequentemente, a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Idoso, Desempenho Físico Funcional, Cognição.

## Introdução

Conhecido como um processo dinâmico, global e inerente a todas as pessoas, o envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais, que podem ocorrer como um processo senescente, ou por meio de um quadro patológico, caracterizado como senilidade. Nas duas situações, faz-se necessária a atenção pelos profissionais de saúde e sociedade proporcionar condições para que a população idosa conquiste uma velhice ativa e saudável (LEITE *et al.*, 2020).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que, em 2060, aproximadamente 1/3 da população brasileira será de pessoas idosas. Esse processo de envelhecimento está ocorrendo de forma acelerada, dificultando à adaptação dos sistemas sociais a população idosa (IBGE, 2019).

Para alguns idosos, o processo de envelhecimento está sendo acompanhado de mudanças nos desempenhos cognitivos e funcionais. O declínio da atividade cognitiva é definido como as funções e processos, que em conjunto propiciam a tomada de decisões e alterações no comportamento, podendo ter efeitos negativos quando existe déficit da capacidade funcional. A perda cognitiva caracteriza-se principalmente por falhas na memória, visto que os indivíduos apresentam precocemente deficiências para a realização de novos aprendizados e perda de informação no resgate tardio. Alguns fatores como idade, estilo de vida ou ambos podem estar relacionados a essa dificuldade (FERREIRA *et al.*, 2014).

Já o desempenho funcional é o envolvimento do indivíduo para o desempenho das necessidades básicas de vida diárias, a qual estimula para o autocuidado. A manutenção desta, possibilita uma vida independente e autônoma, cooperando para maior bem-estar físico, mental e social do idoso. Sendo assim, a incapacidade funcional aponta para a impossibilidade do desempenho de alguma atividade básica da vida cotidiana, situação indesejável pelos idosos (LEITE *et al.*, 2020).

Diante da importância de se manter o máximo de preservação da função cognitiva e funcional, percebe-se que o monitoramento das condições de saúde da população idosa deve ser contínuo, a fim de subsidiar as políticas permanentes de promoção à saúde.

Para essa manutenção da saúde, uma alternativa que está sendo muito explorada pela população idosa são os grupos de convivência ofertados pelas universidades por meio da extensão universitária.

ISBN 978-65-86901-26-9

A proposta da extensão universitária, em trabalhar com a faixa etária com idade igual ou superior a 60 anos, surgiu com o propósito de contribuir para um envelhecimento ativo e saudável (MENEZES *et al.*, 2017).

As estratégias educativas, utilizadas na extensão universitária, estimulam a adoção de um estilo de vida ativo por desenvolverem ações que envolvem atividades físicas, intelectuais, de lazer, culturais, manuais, todas com foco no convívio grupal. Essas propostas pedagógicas podem trazer diversos benefícios, como aperfeiçoar a capacidade funcional e cognitiva; propiciar amizades, inibindo o risco de desenvolverem problemas psicológicos, pois aumentam a autoestima, melhoram a integração com familiares, e principalmente, resgatam valores pessoais e sociais (MACHADO *et al.*, 2017).

Diante de todo o contexto apresentado em relação ao aumento da expectativa de vida, percebe-se que é necessário o conhecimento da realidade das capacidades funcionais e cognitivas deste público, a fim de subsidiar intervenções clínicas e de educação em saúde que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida desta população. Para tanto, o objetivo desse estudo foi analisar o perfil funcional e cognitivo de idosos participantes de um projeto de extensão universitária de uma Instituição de Ensino Superior privado de João Pessoa-PB, Brasil.

## Referencial teórico

O envelhecimento se desenvolve ao longo da vida, é na fase de idoso que este adquire a sua máxima importância, pois nesta etapa um envelhecimento saudável e bem-sucedido encontra-se intrinsecamente relacionado com questões que envolve a autonomia física, psicológica e social.

Uma das principais inquietações quanto a essa população é o aumento do número de idosos com perdas funcionais e dependência que esses indivíduos podem apresentar ao longo da vida. A incapacidade funcional é definida pela dificuldade no desempenho de determinadas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela inviabilidade de desempenhá-las. Essas ocupações são classificadas em atividades básicas da vida diária (ABVD), relacionadas ao autocuidado e atividades instrumentais da vida diária (AIVD), de maior complexidade e relativas à vida independente em comunidade (UCHOA *et al.*, 2019).

Para buscar identificar essas perdas, foi criada a escala de Katz para avaliar a independência e autonomia das pesssoas, relacionadas à capacidade de realizar as tarefas básicas diárias, como alimentar-se, banhar-se, continência,

transferência, vestir-se e utilizar o banheiro. Diante desta avaliação, é possível criar estratégias de intervenção e adaptar o planejamento da assistência promovendo métodos que conservem os idosos mais ágeis, e principalmente, ter a capacidade de definir cuidados essenciais para os que apresentam incapacidades, buscando reabilitá-los e/ou meios de melhorar a sua qualidade de vida e trazer maior independência para esta pessoa (LEITE *et al.*, 2020).

No decorrer do processo de envelhecimento, em alguns idosos ainda se pode manifestar o déficit cognitivo. Essa insuficiência está relacionada com as próprias perdas biológicas inerentes ao tempo e as condições biosócioculturais do indivíduo. Perante a presença do declínio cognitvo nestas pessoas, observa-se déficitis de memória, mudanças no estado de atenção, diminuição da concentração e raciocínio, além da lentificação de atividades motoras. Assim, é importante observar esses faores a fim de permitir ao idoso a compreensão e resolução dos problemas do cotidiano (MARTINS, *et al.*, 2016).

Para identificar precocemente esse problema cognitivo, foi criado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para o rastreamento do comprometimento cognitivo. Esse instrumento tem sido usado clinicamente para detecção e acompanhamento da evolução de alterações cognitivas, como também, para o monitoramento da eficácia e da efetividade de terapias paras as mesmas (VALLE *et al.*, 2009).

## Metodologia

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado em um grupo de convivência pertencente a uma Instituição de Ensino Superior da rede privada no município de João Pessoa-PB. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem Nova Esperança sob o parecer de nº: 655.408 e CAEE 30768214.1.0000.5179. Todos os participantes e responsáveis receberam orientações quanto aos riscos e benefícios do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), escrito de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

A amostra foi selecionada por conveniência, totalizando 56 indivíduos. Foram incluídos no estudo, pessoas idosas residentes em João Pessoa-PB e que não apresentaram nenhuma condição clínica que dificultasse a compreensão dos questionamentos. A coleta de dados foi realizada com o próprio idoso, individualmente, por meio de uma entrevista realizada por dois avaliadores devidamente treinados para a aplicação do protocolo. Posteriormente,

os dados foram tratados através de análise descritiva utilizando-se o programa SPSS 20.0.

Durante a entrevista, realizou-se a caracterização da amostra por meio de um questionário sociodemografico, contendo as seguimtes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda.

Além disso, foram avaliados a independência funcional, por meio da Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (EAVD), a Escala de Katz e o desempenho coginitivo, através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). No instrumento das Atividades da Vida Diária são abordados seis itens básicos do autocuidado: banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. Uma pontuação 6 indica que o idoso é independente, possui habilidades para desempenhar atividades cotidianas. Uma pontuação 4 indica uma dependência parcial do idoso, podendo necessitar de auxílio para essas tarefas diárias. E uma pontuação igual ou inferior a 2 implica na necessidade de assistência, apontando uma dependência importante (FREITAS *et al.*, 2013).

Para o rastreamento da coginição, o MEEM avalia a orientação, memória, atenção e linguagem. O escore total é de 30 pontos. Os pontos de corte sugestivos de déficit cognitivo foram baseados nos métodos de Bertolucci *et al.* (1990), que se fundamenta na educação formal: para analfabetos, 13 pontos; para indivíduos com baixa ou média escolaridade, 18 pontos; e, para aqueles com alto nível de escolarização, 26 pontos.

As variáveis qualitativas foram descritas nas frequências simples e relativas e, para as variáveis quantitativas, foram utilizadas a média e desvio padrão.

## Resultados e discussão

Quanto ao perfil sociodemográfico da população estudada, a análise mostrou predomínio do sexo feminino (94,65%), faixa etária entre 70 a 79 anos (51,78%), estado civil viúvo (46, 43%), nível de escolaridade fundamental incompleto (46,43%) e renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos (57,15%), de acordo com a Tabela 1. A média de idade dessa amostra foi 73,23 anos e desvio-padrão de 7,41. Este dado se aproxima das estimativas oficiais de expectativa de vida no Brasil, que é de 76,3 anos (IBGE, 2018).

A prevalência do sexo feminino caracteriza o fenômeno da feminilização da população idosa, algo comum, visto nos estudos de Almeida *et al.*, (2015) e Rezende *et al.* (2018). Essa predominância no número de mulheres

decorre de uma mortalidade diferencial por sexo (DOMICIANO *et al.*, 2014). Observa-se a prevalência de uma baixa escolaridade na amostra, um quadro resultante das dificuldades de acesso ao ambiente escolar no passado (LISBOA & CHIANCA, 2012). A não alfabetização em idosos, representado por (37,5%) dos participantes dessa pesquisa, corresponde uma realidade nos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente porque essa atual população viveu a infância numa época em que o ensino não era prioridade (BORGES *et al.*, 2014).

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica da população idosa estudada de um projeto de extensão de João Pessoa-PB, Brasil, 2020.

| **Variáveis** | **N** | **%** |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Feminino | 53 | 94,65 |
| Masculino | 3 | 5,35 |
| **Faixa Etária** | | |
| 60-69 anos | 16 | 28,57 |
| 70-79 anos | 29 | 51,78 |
| 80-90 anos | 11 | 19,65 |
| **Estado Civil** | | |
| Solteiro | 3 | 5,35 |
| Casado | 21 | 37,5 |
| União Estável | 2 | 3,57 |
| Divorciado | 4 | 7,15 |
| Viúvo | 26 | 46,43 |
| **Escolaridade** | | |
| Não alfabetizado | 21 | 37,5 |
| Ensino Fundamental Incompleto | 26 | 46,43 |
| Ensino Fundamental Completo | 4 | 7,15 |
| Ensino Médio Completo | 5 | 8,92 |
| Ensino Superior | 0 | 0 |
| **Renda** | | |
| Menos que 1 salário | 24 | 42,85 |
| De 1 a 2 salários | 32 | 57,15 |
| De 2 a 4 salários | 0 | 0 |
| Mais de 4 salários | 0 | 0 |
| Sem renda | 0 | 0 |
| **Índice de Katz** | | |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| Independente | 53 | 94,65 |
| Dependente parcial | 2 | 3,57 |
| Dependente total | 1 | 1,78 |
| **Déficit cognitivo** | | |
| Sim | 13 | 23,22 |
| Não | 43 | 76,78 |

Fonte: Dados resultantes da pesquisa.

Os achados desse estudo mostraram que a maioria das pessoas idosas em questão não apresentaram déficit na capacidade cognitiva (76,78%), corroborado pelos estudos de Josino *et al.* (2015) e Rezende *et al.* (2018). Da mesma forma, a maior parte dos entrevistados apresentou independência para a realização das atividades básicas diárias (94,65%, n=53), apenas (3,57% n=2) referiram dependência parcial e um idoso dependência importante. Quanto as atividades investigadas pelo índice de Katz, as que mostraram algum nível de dependência pelos idosos foram os quesitos "banho," "vestir-se" e "transferência." Essa última, se refere a mobilidade, normalmente é a primeira atividade básica da vida diária a ser comprometida, além de ser essencial para as outras atividades (LEITE *et al.*, 2020). Tal informação corresponde aos resultados obtidos nesse estudo.

Tabela 2. Distribuição da população idosa estudada, com e sem déficit cognitivo, segundo escolaridade. João Pessoa-PB, Brasil, 2020.

| **Variável** | **Classificação** | **Escolaridade** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Déficit cognitivo** | | **Analfabeto N(%)** | **Ens. Fund. Incompleto N(%)** | **Ens. Fund. Completo N(%)** | | **Ens. Médio Completo N(%)** |
| | Não | 19 (90,47%) | 19 (73,08%) | 04 | (100%) | 01 (20%) |
| | Sim | 02 (9,53%) | 07 (26,92%) | 00 | (0%) | 04 (80%) |
| **Total** | | 21 | 26 | | 04 | 05 |

Fonte: Dados resultantes da pesquisa.

Nesta amostra, obteve-se média do Mini-Exame do Estado Mental de 19,95 (DP=4,87), sendo que a pontuação pode variar de zero a 30 pontos. A Tabela 3 descreve a distribuição das médias e desvios-padrões do MEEM de acordo com o sexo, faixa etária e escolaridade. De acordo com o sexo, as idosas tiveram média do MEEM (20,11, DP=4,76) maior que a dos homens (17, DP=7), que parece ter ocorrido em função da pequena amostra masculina

(n=3). No que se refere a faixa etária, a menor média (18,27, DP=7,66) foi observada no grupo de 80 a 90 anos. Os resultados sugerem que a idade avançada influenciou de forma negativa a cognição de idosos participantes deste estudo, e corresponde ao achado em outros estudos (PAULA *et al.*, 2013).

Tabela 3. Distribuição das médias e desvios-padrão do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) de acordo com sexo, faixa etária e escolaridade**.** João Pessoa-PB, Brasil, 2020.

| Variáveis | N | Média MEEM | Desvio-Padrão |
|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | |
| Feminino | 53 | 20,11 | 4,76 |
| Masculino | 3 | 17 | 7 |
| **Faixa etária (anos)** | | | |
| 60 a 69 | 16 | 21,25 | 4,94 |
| 70 a 79 | 29 | 19,86 | 3,21 |
| 80 a 90 | 11 | 18,27 | 7,66 |
| **Escolaridade** | | | |
| Analfabeto | 21 | 19,57 | 4,63 |
| Ens. Fund. Incompleto | 26 | 19,15 | 5,01 |
| Ens. Fund. Completo | 4 | 24 | 4,89 |
| Ens. Médio Completo | 5 | 22,40 | 3,78 |

Fonte: Dados resultantes da pesquisa.

Ao analisar a proporção dos idosos avaliados com e sem déficit cognitivo de acordo com a escolaridade e os pontos de corte do MEEM (Tabela 2), 4 (80%) dos idosos com nível médio de escolaridade apresentaram déficit. O maior percentual de déficit cognitivo, analisando a proporção, esteve presente nos idosos com nível fundamental incompleto (26,92%), seguido da categoria não alfabetizado (9,53%). As médias dos grupos sem escolaridade (19,57) e nível fundamental incompleto (19,15) mostraram que a escolaridade não teve tanta influência no estado mental dos idosos desse estudo (Tabela 3). Resultados opostos aos estudos que tem a baixa escolaridade reconhecida como fator primordial para respostas de déficit de desempenho no MEEM (PAULA et al., 2013; MARTINS et al., 2016). O fato desse estudo tratar de

um grupo de idosos com vivências extensionaistas semanais pode explicar o bom desempenho cognitivo.

Uma possível limitação do estudo seria o restrito número amostral. Em decorrência disso, não foi possível realizar análises de correlações confiáveis entre as variáveis estudadas, justificando o delineamento descritivo deste trabalho. A ausência de análises de correlações limita as possíveis inferências, entretanto, os dados coletados permite conhecer o perfil dos idosos para um planejamento de atividades voltado para reais necessidades desse público.

## Considerações finais

Os idosos da comunidade estudada eram prevalentemente do sexo feminino (94,65%), viúvas (46, 43%) e com baixa escolaridade (83,93%). A média do MEEM nesta amostra foi proporcional à escolaridade, os indivídudos com mais anos de estudos (nível médio e nível superior) apresentaram melhores médias no componente cognitivo.

A população referida, na sua maioria, não apresentou déficit em suas capacidades funcional e cognitiva. Esses bons resultados podem ter relação com a participação no projeto de extensão, tendo em vista que, as ações extensionistas desenvolvem várias modalidades de ações educativas por meio de intervenções multidimensionais que englobam a prevenção de doenças e promoção à saúde, visando cada vez mais contribuir para melhorar a capacidade funcional e cognitiva dos idosos, fortalecendo a autonomia e o autocuidado. Além disso, possibilita novos aprendizados e entretenimento em suas vidas. Esse estudo evidencia a importância de constantes tarefas neuropsicológicas para o bom desempenho funcional e cognitivo nesse público.

Esses resultados possibilitaram conhecer as condições de saúde desse público para traçar o desenvolvimento de estratégias de planejamento e prevenção de agravos, a fim de proporcionar um envelhecimento ativo e bem sucedido.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALMEIDA, AV.; MAFRA, S.C.T.; SILVA, E.P.; KANSO, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos Contextos** (Porto Alegre). V. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCKI, S.M.D.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO Y. O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatria.** V.52, n.1, p.1-7, 1994.

BORGES, A.M.; SANTOS, G.; KUMMER, J.A.; FIOR, L.; MOLIN, V.D.; WIBELINGER, L.M. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. V. 17, n.1, p.79-86, 2014.

DOMICIANO, B.R.; BRAGA, D.K.A.P.; DA SILVA, P.N.; DE VASCONCELOS T.B.; MACENA, R.H.M. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. **Rev Neurociências**. V.22, n.3, 2014.

FERREIRA, L.S.; PINHO, M.D.S.P.; PEREIRA, M.W.M.; FERREIRA, A.P. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.67, n.2, p.247, 2014.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 3 ed**.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, 2360p.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação** com data de referência em 1º de julho de 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=publicacoes>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil**, 2018- Ambos os Sexos.

Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf. Acesso em 26 de maio de 2020. [Internet] 2013 [acesso em 20 out 2014]. Disponível: ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/ Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2013/pdf/ambos_pdf.

JOSINO, J.B.; COSTA, R.B.; VASCONCELOS, T.B.; DOMICIANO, B.R.; BRASILEIRO, I.C. Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. V.28, n.3, p. 351-360, 2015.

LEITE, A.K.; LOVADINI, V.L.; SANTOS, T.M.; OLIVEIRA, B.R.S.M.; FERREIRA, L.B. Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ. **Revista enfermagem atual in derme**. V.90, n.21, 2020.

LISBOA, C.R.; CHIANCA, T.C.M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev Bras Enferm**. V. 65, n.3, p.482-7, 2012.

MACHADO, W. D; GOMES, D. F; FREITAS, C.A.S.L; BRITO, M.C.C; MOREIRA, A.C.A. Elderly with not transmitted chronic diseases: a group association study. **Facema.** V.3, n.2, p.444-51, 2017.

MARTINS, J.B.; LANGE, C.; LEMÕES, M.A.M.; LLANO, P.M.P.; SANTOS, F.; AVILA, J.A. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos residentes em zona rural. **Cogitare Enferm**. V.21, n.3, p.01-09, Jul/set, 2016.

MENEZES, J.N.R; COSTA, F.J.S; LIMA, A.K.R; SOUZA, C.G.D; OLIVEIRA, L.G; SANTOS, R. C. Atividades fisioterapêuticas em grupos para idosos institucionalizados: a percepção do idoso. **Fisisenectus.** V.5, n.2, p.47-53, 2017.

PAULA, A.F.M.; RIBEIRO, L.H.M.; D'ELBOUX, M.J.; GUARIENTO, M.E. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Rev Bras Clin Med. São Paulo**. V.11, n.3, p.212-8, jul-set, 2013.

REZENDE, M.; GOULART, C.L.; KONZEN, V.M.;FLEIG, T.C.M. Relação entre o Mini-Exame do Estado Mental e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) de idosos institucionalizados. **Saúde** (Santa Maria), Vol. 44, n. 3, p. 1-10, set/dez, 2018.

VALLE, E.A.; CASTRO-COSTA, E.; FIRMO, J.O.A.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública.** V. 25, n. 4, 2009.

UCHOA, V.S.; CHAVES, L.L.; BOTELHO, E.P.; POLARO, S.H.I.; OLIVEIRA, M.F.V. Fatores associados a sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos. **Cogitare Enferm.** V.24, 2019.

# RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO SOBRE A COMPOSIÇÃO CORPORAL, QUALIDADE DE VIDA E CONDICIONAMENTO AERÓBIO DE UM PACIENTE COM ESQUIZOFRENIA.

Jonatha Pereira Bugarim[1]
Jakeline Caroline Souza e Souza[2]
José Cosmiro da Silva Neto[3]

**Resumo:** Objetivo: Verificar os efeitos de um programa de exercício físico sobre a composição corporal, condicionamento aeróbio e qualidade de vida em um sujeito esquizofrênico de um Centro de Atenção Psicossocial. Materiais e Métodos: A amostra inicial foi composta por 07 pacientes com Esquizofrenia. Em razão da liberdade para desistir da pesquisa em qualquer momento, pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a pesquisa foi concluída com apenas um participante, de sexo feminino, idade 40 anos. Foi realizado um programa de treinos durante 12 semanas. As variáveis avaliadas foram: Índice de Massa Corporal (IMC), Indice Relação Cintura Quadril (RCQ), capacidade cardiorrespiratória e qualidade de vida. Os dados foram analizados através programa Microsoft Office Excel 2010®. Resultados: Não houve mudanças significativas no RCQ e no IMC, no entanto no condicionamento cardiorrespiratório e na qualidade de vida, o indivíduo aumentou desempenho. Conclusão: Foi constatado que um programa de exercício físico monitorado, de forma adequada, proporciona ganhos pontuais na qualidade de vida de um indivíduo esquizofrênico.
**Palavras-chave:** Esquizofrenia. Exercício Físico. Saúde Mental

1 Mestrando do Curso de Administração da FICS - Asunción - Paraguay, bugarim@hotmail.com;

2 Graduada pelo Curso de Educação Física da Universidade Estadual – PA, jakelinecarol@hotmail.com;

3 Graduado pelo Curso de Educação Física da Universidade Estadual – PA, cosmironeto@gmail.com;

## Introdução

O presente estudo analisa os efeitos de um programa de exercício físico sobre a composição corporal, qualidade de vida e o condicionamento aeróbico de um paciente com o diagnóstico de Esquizofrenia. Nessa perspectiva, foram construídas questões norteadoras como: o exercício físico gera que tipo de efeitos junto ao tratamento da Esquizofrenia? Quais as alterações comportamentais que podem ser percebidas nos indivíduos com Esquizofrenia que praticam exercício físico? O exercício físico influencia no número de dosagens ingeridas? Quando se analisa o efeito do exercício físico sobre um paciente com Esquizofrenia deve-se considerar que, segundo Araújo, Petribu e Bastos (2001), é comum ser encontrado traços de sintomas maníacos e melancólicos. Dessa forma, existe uma tendência na dificuldade de se relacionar.

A fase do envelhecimento humano pode proporcionar alterações no organismo resultando em mudanças funcionais. No meio dessas mudanças, é possível observar alterações na morfologia do indivíduo e na estrutura molecular do sistema nervoso central que resultam em perdas cognitivas entre elas aprendizagem e a memória (PAPALÉO NETTO, 2002)

Essa estrutura de envelhecimento tem a possibilidade bem impactar genes vinculados a doenças neurológicas favorecendo pro-doenças, somando para a evolução demências senis, um rol de transtornos neurológicos que possui como característica por redução da função cognitiva (GLORIOSO; SIBILLE, 2011)

## Revisão de literatura

Segundo Neto et al. (1995) é difícil definir o que é doença mental, no entanto em sua pesquisa afirmou que o transtorno mental é o transtorno médico cujas manifestações são principalmente sinais ou sintomas de natureza psicológica (comportamental), se forem de natureza física podem ser compreendidas apenas através de conceitos psicológicos. E é visto como uma condição particular do indivíduo que, no seu aspecto mais aprofundado, pode ocasionar sofrimento, incapacidade física e pessoal levando até mesmo a sérios problemas na vida sexual.

A saúde mental é quando o indivíduo é capaz de manter um equilíbrio emocional diante de situações adversas e exigências que surgem ao longo de

ISBN 978-65-86901-26-9

sua existência. Já a doença mental ou Transtorno mental é tudo aquilo que impede o indivíduo de gozar um estado de equilíbrio emocional. Esses transtornos podem ter causas biológicas, psicológicas e sociais, que necessitam de cuidados a fim de promover a reintegração do doente junto aos familiares e a sociedade (SENE, 2015). A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde mental como um estado de bem-estar, no qual um indivíduo pode utilizar-se de suas habilidades, controlar situações estressantes, ter uma boa produtividade e ser produtivo à sua comunidade (GAINO, 2014).

No caso em voga, há que se destacar que a saúde mental deve ser enfrentada como um campo de intervenção prioritário em todos os níveis da atenção básica a saúde do Sistema Único de Saúde. Não é aconselhada a total centralização de atendimento de pessoas com distúrbios mentais nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. O ideal seria aproximar o atendimento do seu território, no caso a Estratégia Saúde da Família - ESF que realiza o primeiro contato, buscando prevenir e tratar quadros com uma complexidade menor, mas, com certo risco de evolução em caso de falta de atendimento correto. Apesar da alta prevalência de pessoas diagnosticadas com transtorno mental, apenas 1% dos recursos são investidos nessa área e em países menos desenvolvido 75% dos diagnosticados não recebem nenhum tipo de tratamento.

Cordeiro (1996) considera que a Esquizofrenia é um tipo de doença heterogênea, em razão de sua etiologia, seus sintomas, gravidade e o tipo de tratamento. Pereira e Pereira Junior (2003) indicam que entre os sintomas, sem desconsiderar o grau de Esquizofrenia e as diferenças do padrão de personalidade, caracterizam-se também pela mania de perseguição e as alucinações no campo visual, bem como no auditivo. Os autores afirmam, ainda, que devido a essas alucinações o distúrbio é considerado grave e persistente, dessa forma finalizam em um estado psicótico e na desestruturação do raciocínio sólido, da capacidade de analisar informações e no problemas de relacionamento.

Dunningham e Aguiar (1995) afirmam que a Esquizofrenia, independente da faixa etária do sujeito, por ser uma doença crônica causa maior impacto na vida produtiva do esquizofrênico, principalmente quando a mesma é adquirida em idade precoce.

A Esquizofrenia pode ser classificada em dois tipos, sendo eles: a) sintomas positivos, que são distúrbios no pensamento fazendo com que o doente tenha alucinações e algumas vezes levando a comportamentos agitados e sintomas negativos, que são pobreza de pensamentos, apatia, relacionamentos pessoais desordenados com isolamentos, incapacidade de se relacionar com

outras pessoas. Esta última classificação é definida por Gabbard (1998) como sendo a menos rigorosa, levando ao fato de que toda pessoa esquizofrênica tem problemas nas relações interpessoais. Ferreira (2012) corrobora com Silva (2006) afirmando que a Esquizofrenia apresenta outras cinco categorias, sendo elas: desorganização, catatônico, paranoide, não diferenciado e residual.

Quanto aos sintomas, à doença pode ser classificada em quatro categorias, entre elas: sintomas cognitivos, sintomas de humor, sintomas somáticos e sintomas motores. O primeiro são decorrentes de momentos de perturbação e delírios, nos quais o doente passa a escutar vozes. O segundo consiste em mudanças repentinas nas atitudes. Já o terceiro, de acordo com o autor, deve-se ter muita atenção para não ser confundido com os efeitos do remédio que o doente faz uso devido o tratamento e, por fim, os sintomas motores que são gestos que o indivíduo passa a realizar com as mãos de modo repetitivo, durante vários minutos (HOLMES apud FERREIRA, 2012, p. 12).

O tratamento da Esquizofrenia em épocas atrás era dado de forma sádica, os pacientes eram amarrados em cadeiras e eram feitos movimentos circulares até que o mesmo perdesse a consciência ou, ainda, eram submetidos à banhos muito quentes ou frios. Estatística afirma que cerca de 1% da população sofre com a doença. Atualmente uma nova forma de tratamento surgiu, na qual o paciente desenvolve várias atividades, aplicadas por uma equipe multidisciplinar, ou seja, o doente agora é tratado por profissionais de diversas áreas, sendo uma dessas áreas a educação física, dando ao paciente liberdade de se comunicar e interagir livremente na sociedade, desde que seja supervisionado (FERREIRA, 2012)

Os ansiolíticos são drogas utilizadas no tratamento de transtornos psicológicos como a ansiedade, no qual o paciente apresenta, por exemplo, quadros de irritabilidade, hiperatividade, agressividade e distúrbios no sono. O uso de ansiolíticos no tratamento de doenças psicológicas visa induzir o paciente a um estado de calma, relaxamento muscular e até mesmo ao sono, segundo Borges e Rothschild (2007). O medicamento mais prescrito em locais especializados na área é o Diazepam. Goldezwaig (2011) descreve o remédio como ansiolítico miorrelaxante muscular e anticonvulsivante, sendo utilizado no controle da ansiedade. Em contrapartida o uso do medicamento pode causar reações no sistema nervoso central como: sonolência, depressão, sedação, choro, delírio, nervosismo, dificuldade de concentração, além de reações nos

ISBN 978-65-86901-26-9

demais sistemas. O Diazepam é contraindicado em casos de hipersensibilidade a droga, psicose, mulheres gestante ou lactantes, insuficiência hepática e idosos.

A OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro do contexto, da cultura e do sistema de valores no qual se vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de caráter multidimensional e abrangente, que incorpora, de forma complexa, propriedades como saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais, as crenças pessoais (espirituais e religiosas) e relações dessas propriedades com características ambientais. A qualidade de vida está fortemente relacionada com a capacidade funcional (SIERRA et al., 2011; VANCAMPFORT et al., 2012).

A pessoa com Esquizofrenia sofre com grande prejuízo em sua saúde em geral, isso decorre em razão do sedentarismo influir diretamente no aumento do índice de massa corporal, abrindo porta para outras doenças crônicas não transmissíveis.

Conforme o entendimento do American College of Sports Medicine (ACSM 9º edição) os termos atividade física e exercício físico vem sendo erroneamente tratados como sinônimos. Atividade física é caracterizada como movimento corporal resultante da contração dos músculos esqueléticos, que vem proporcionar aumento das calorias sobre o gasto energético no estado de repouso. Em contrapartida, o exercício físico é um tipo de atividade física realizado de forma planejada, organizada e repetitiva para que se chegue aos componentes da aptidão física.

Schuch (2015) corrobora com a ideia do ACSM sobre atividade física e exercício físico, contudo afirma que ainda não se pode estabelecer a quantidade ideal de exercício físico e nem o mínimo necessário para o deficiente mental, em virtude de não ter um tempo estabelecido para as sessões, nem a intensidade e frequência do exercício indicado.

Nesse passo, é de todo oportuno trazer à baila o entendimento de Sloboda (2002) que preconiza, em seu estudo sobre atividade física e esquizofrênico, a importância do exercício físico na vida do mesmo. Segundo a autora, a caminhada é uma das formas de movimento mais naturais e fácil de ser desenvolvida pelo ser humano e, caso não haja problema, pode ser realizada desde o início até o final da vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Metodologia

Esta investigação foi caracterizada como pesquisa de campo com uma abordagem quantitativa. Segundo Teixeira (2013), a pesquisa quantitativa utiliza a descrição matemática como uma linguagem, ou seja, é utilizada para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre as variáveis.

Esta pesquisa possui um nível do estudo explicativo, segundo Moreira e Caleffe (2006), esse tipo de pesquisa tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. Esse é o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade.

Nesse prumo Gil (2002, p. 54) obtempera que:

> O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste em um estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros delineamentos já considerados.

A formatação dos bancos de dados ocorreu no programa Microsoft Office Excel 2010® e foi codificadas em gráficos para a demonstração percentual dos resultados obtidos na investigação e empregados na análise estatística.

### Amostra

Foi utilizado como critério para seleção de amostra sujeitos de ambos os sexos que estivessem em tratamento no Centro de Atendimento Psicosocial - CAPS, que já estivessem sido diagnosticados como esquizofrênico e que não estivessem praticando nenhum tipo de exercício físico, dessa forma foi selecionado uma amostra composta por 07 sujeitos (3 homens e 4 mulheres). Foram excluídos do estudo indivíduos que não completaram o tempo de intervenção ou não realizaram as avaliações. Em razão de todos os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, atendendo as orientações da resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde, e estarem livre para em qualquer momento abandonar a pesquisa, a amostra final resultou em um indivíduo do sexo feminino, com 40 anos de idade, com o peso de 64,90 kg, altura 1,59 metros de estatura e 25,67 Kg/m² de IMC.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Protocolos de Avaliação

Variáveis Antropométricas - Peso Corporal, Estatura, Índice de Massa Corporal (IMC) e Relação Cintura Quadril ( RCQ).

Com o objetivo de aferir a estatura, utilizou-se o estadiômetro da marca Sanny, com precisão 0,1 cm. O mesmo foi afixado em uma parede adequada. Durante a avaliação o indivíduo recebeu orientações para ficar sem calçados, com as pernas estendidas, em posição ereta, pés paralelos e calcanhares alinhados a linha do quadril, junto a cabeça alinhados a parede. Nesse prumo o estadiômetro foi posicionado ao topo da cabeça do indivíduo para verificação da medida em metros.

Com o intuito de aferir o peso corporal, foi utilizada a balança digital Glass G Tech, com precisão de 0,1 kg e capacidade para 180 Kg. A balança foi posicionada sobre uma superfície lisa e plana. A medida foi analisada com o indivíduo na medida central da balança, sem ponto de apoio, sem se movimentar, em postura ortostática, ou seja, com braço ao longo do corpo estendido. A obtenção do peso foi em quilogramas. Foi utilizado para calcular os parâmetros de composição corporal o IMC e a Relação Cintura Quadril. As medidas coletadas foram estatura, massa corporal, perímetro da cintura e do quadril.

## Avaliação da Capacidade Aeróbica

Com o objetivo de avaliar a capacidade cardiorrespiratória, aplicou-se o teste de Cooper, que mensura a distância percorrida correndo ou caminhando sem intervalo de descanso e de tempo. O teste consiste em percorrer a maior distância possível em um intervalo de tempo de 12 minutos. O teste foi aplicado em uma praça, com a distância demarcada em 48 metros, no período do turno da manhã. O tempo foi mensurado com um cronometro da marca *Cronobio* (Brasil).

## Avaliação da Qualidade de Vida (SF-36)

O questionário SF-36 é um instrumento genérico utilizado para mensuração da qualidade de vida. O protocolo possui como característica a facilidade em ser administrado e compreendido. Alicerçado em uma sistematização multidimensional de saúde, o mesmo é dividido em aspecto físico e mental. O aspecto físico é composto por domínios da capacidade funcional (dez

ISBN 978-65-86901-26-9

questões), estado geral da saúde (cinco questões), dor (duas questões) e aspectos físicos (quatro questões). O aspecto mental é composto por saúde mental (cinco questões), vitalidade (quatro questões), aspecto sociais (duas questões) e aspectos emocionais (três questões).

O cálculo de cada item é realizado através do método de pontos somados (método de Likert), com valores que variam de 0 a 100 pontos, sendo que os maiores valores sinalizam uma melhor qualidade de vida. A pontuação é obtida a partir das questões de cada domínio, já as pontuações dos componentes derivam dos domínios relacionados.

**Quadro 1** – Componente e domínios do SF-36

| COMPONENTES | Componente físico | Componente mental |
|---|---|---|
| Domínios | Capacidade Funcional (10) | Saúde Mental (5) |
| | Estado Geral da Saúde (5) | Vitalidade (4) |
| | Dor (2) | Aspectos Sociais (2) |
| | Aspectos físicos (4) | Aspectos Emocionais (3) |

## Protocolo de Intervenção

O indivíduo participou de um programa de exercício físico geral e programado. Foram realizadas três intervenções na semana, em dias alternados, por um período de três meses (12 semanas).

O protocolo continha exercícios que enfatizavam o trabalho multiarticular (agilidade, equilíbrio, resistência muscular localizada e capacidade aeróbia) agachamento, flexão de braço em pé apoiado na parede, polichinelo, corrida e flexão do tronco. O protocolo envolvia, prioritariamente, exercícios com os principais e grandes grupos musculares, por meio de séries longas (15 a 20 repetições) e baixa intensidade. Não ocorreu aumento da intensidade. No decorrer da intervenção buscou-se não trabalhar no limiar da frequência cardíaca máxima. Foi realizado ocontrole da frequência cardíaca (FC) dos participantes por meio do uso de frequencímetros durante todo o período de treinamento e as atividades deveriam ser mantidas no limiar proposto da FC, de acordo com a capacidade indivíduo para manter-se ativo com segurança.

ISBN 978-65-86901-26-9

# Resultados e discussão

## Correlação entre variaveis antropometricas

**Tabela 1** – Resultados para variáveis do Índice de Massa Corporal.

| IMC | PRÉ – TESTE | PÓS-TESTE |
|---|---|---|
| ESTATURA (m) | 1,59 | 1,59 |
| MASSA (Kg) | 64,9 | 64 |
| IMC (Kg/m²) | 25,67 | 25,32 |

A tabela 01 contém informações sobre a composição corporal do indivíduo como, por exemplo, estatura, massa corporal e IMC. Quanto ao IMC, na primeira avaliação o resultado obtido foi 25,67 Kg/m² de IMC, após ser realizado a intervenção do protocolo do exercício o resultado pós-teste constou 25,32 Kg/m² de IMC. Os resultados apontam que não houveram mudanças significativas comparados aos resultados do pré-teste e pós-teste do IMC. No entanto, nos valores em relação à massa corporal houve uma redução do pré-teste de 64,90 Kg para um resultado de pós-teste de 64 Kg.

**Tabela 2** – Resultado para variáveis da relação cintura quadril.

| RCQ | PRÉ – TESTE | PÓS-TESTE |
|---|---|---|
| CINTURA | 96 | 92 |
| QUADRIL | 97 | 95 |
| RCQ | 0,98 | 0,96 |

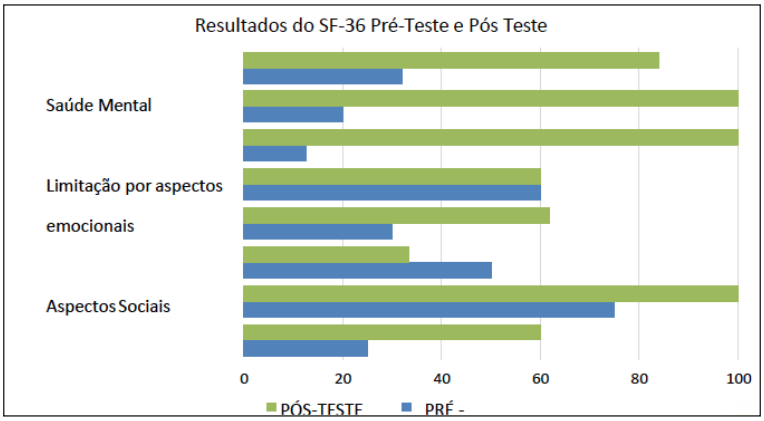
**Tabela 3** – Resultados do Teste de Cooper.

| CARDIO-RESPIRATÓRIO | PRÉ – TESTE | PÓS-TESTE |
|---|---|---|
| TESTE DE COOPER | 1296 m | 1344 m |

Na tabela 03 constam os resultados do condicionamento cardiorrespiratório, ou seja, a distância percorrida no teste Cooper. O resultado apresenta uma melhora considerável quanto distância alcançada pelo sujeito. No quadro 02 é apresentado os resultados referente a qualidade de vida mensurada pelo protocolo SF-36. Trata-se das melhoras consideráveis nos componentes: saúde física, os domínios, da capacidade funcional, o estado geral da saúde, dor e aspectos físicos. No entanto, o destaque de melhora significativa ficou com o

componente Saúde Mental, pelos domínios Saúde Mental, Aspectos Sociais, Vitalidade e Aspectos Emocionais.

**Quadro 02** – Resultados da avaliação da Qualidade de Vida (SF-36).




No início do estudo o indivíduo investigado apresentava traços de retração, depressão e baixa autoestima, além de pouca participação e difícil contato. Era nítida a falta de condicionamento físico, pois evitava deslocar-se, preferindo ficar sentado e em silêncio. Esse quadro foi mudando durante a intervenção, o indivíduo passou a movimentar-se mais, sentir prazer ao se exercitar, demonstrando entusiasmo nas sessões de treinamento e promovendo uma aproximação dele para com os outros pacientes. Logo após às primeiras aulas que o indivíduo participou, houve o relato de melhora significativa no sono, uma vez que sofria com insônia frequentemente, apresentoando um bom desempenho nas atividades propostas, isso devido a melhora da capacidade cardiorrespiratória analisada ao final da intervenção através do teste de cooper, deixando evidente a melhoria que o exercício causou na qualidade de vida da pessoa investigada.

Mazo et al (2012) afirma que programas de exercício físico, mesmo sem rigidez na intensidade e na frequência, apresentam ganhos para aptidão física. No presente estudo ficou evidenciado que o indivíduo da pesquisa manteve o sobrepeso, pois seu IMC pós-intervenção resultou em 25,32 (Kg/m$^2$), dessa forma acredita-se que a ausência de mudanças significativas ocorreu em razão do programa de exercício ter sido realizado com baixa intensidade. A importância dos dados do IMC decorre por esse apresentar a composição corporal e ser utilizada como parâmetro para decidir ações de precaução contra doenças conexas ao excesso de peso (ZAMBON *et al.*, 2003).

ISBN 978-65-86901-26-9

Guedes (2003) afirma que os baixos riscos ao aparecimento de doença de origem cardiovascular procede em um índice de massa corporal igual a 23 Kg/m² e ao aumentar Kg/m² verifica-se um aumento de 2% de risco de morte vinculado a essa forma de desequilíbrio orgânico.

A tabela 1 mostra os dados obtidos a partir do objeto de estudo, indicando a avaliação da composição corporal através do IMC. A massa corporal do indivíduo obteve uma variação de 64,9 kg para 64 Kg, diferença esta que não se apresentou na Tabela 02, quanto ao índice de relação cintura quadril (IRCQ), pois o sujeito da pesquisa não apresentou mudanças significativas no índice.

Deve-se enfatizar que, quanto a interpretação de resultados, a relação cintura quadril ao ser maior que 0,80 nas mulheres pode indicar forte indícios centrípetos de adiposidade, o que aumenta a probabilidade de riscos para a saúde, considerando os danos causados pelo excesso de gordura corporal. A concentração de gordura na região do abdome pode gerar consequências de risco cardíaco e de desequilíbrio no metabolismo entre insulina e glicose, sendo tão preocupante quanto a obesidade generalizada (GUEDES, 2003). O indivíduo da pesquisa obteve 0,92 cm.

A análise da circunferência do abdome (Tabela 02) concatena com os achados da RCQ. No estudo de Vasconcelos (2014) foi observado que 45% dos homens e 96% das mulheres apresentavam algum risco (moderado, alto e muito alto), em razão ao acúmulo de gordura corporal na região central do corpo, de desenvolver doenças cardiovasculares.

Como demonstrado no Quadro 02, o programa de exercício físico apresentou mudanças significativas quanto à avaliação da qualidade de vida (mensurada pelo instrumento SF-36) com exceção ao componente vitalidade, o destaque fica por conta dos componentes de saúde Mental. A limitação por aspectos emocionais e aspectos sociais, após a intervenção, aumentou o desempenho, respectivamente, em 163%, 700% e 400%. Dessa forma, percebe-se que o exercício físico possui grandes efeitos sobre o componente mental. No caso em voga, que o indivíduo possui diagnóstico de Esquizofrenia, é de grande importância a sua adição no tratamento.

No que tange ao componente físico, percebe-se que ao contrário da inexistência de mudanças significativas na avaliação do RCQ e IMC, foi percebido pelo SF-36 alterações significativas no desempenho dos domínios do estado geral da saúde em 107%, diminuição da dor em 33%, limitação por aspectos físicos em 33% e capacidade funcional em 140%. Portanto acredita-se que

se o programa de exercício físico contribui com a melhora da qualidade de vida em um programa de baixa intensidade, logo existe a possibilidade de melhoras mais significativas na composição corporal causando o aumento da intensidade.

## Considerações finais

Diante desta pesquisa, comprovou-se a eficácia do exercício físico que prioriza a autonomia funcional de pessoas com Esquizofrenia, gerando impactos positivos na saúde e qualidade de vida dessas pessoas, que devido aos fortes medicamentos levam à quadros de debilidade física.

O indivíduo estudado apresentou melhora substancial no relacionamento em grupo, mostrando o grande potencial ressocializador da prática regular de exercícios físicos junto aos profissionais de educação física dentro dos CAPS. Entretanto, não houve alteração na composição corporal devido à baixa intensidade na periodização dos exercícios, sugerindo novos estudos com maior intensidade e volume no treinamento

Essa pesquisa pode constribuir com outros achados consolidando que o tratamente de saúde mental, necessita ter como ferramenta a atividade física, pois o pesquisado ratificou o que todos os estudos apontam sobre a capacidade da pratica de exercicio fisico estimular e proporcionar um ambiente de intereção social, logo o pesquisado vivenciou momentos de intereção que favoreceu sua saúde mental. Outro elemento que necessita de destaque, é a atividade cardiorespiratória, que com a melhora possibilitou um maior engajamento do pesquisado nas práticas dos exercícios.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUX, 2010.

ARAÚJO, F. S.; PETRIBU, K.; BASTOS, O.. Depressão em esquizofrenia. **Rev. Bras Psiquiatr,** Recife, v. 2, n. 24, p.86-93, 10 set. 2001.

CALEFFE, L. G.; MOREIRA, H. **Metodologia da pesquisa para o professor pesquisador**. Rio de Janeiro: DPeA, 2006.

CORDEIRO, J. D. **Manual de psiquiatria clínica**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1996.

DUNNINGHAM, W.; AGUIAR, W. M.. O custo social dos transtornos mentais. **J. bras. psiquiatr**, v. 44, n. 8, p. 419-22, 1995.

FERREIRA, V. C. **Possíveis relações entre esquizofrenia e atividade física**: uma revisão temática. 2012. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) - Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista "Júlio De Mesquita Filho", Rio Claro, 2012.

GABBARD, G. **Psiquiatria Psicodinâmica**: baseado no DSM-IV. Trad. Luciana Jorge e Maria Rita Homeister. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GAINO, L. V. **Saúde mental na rede de atenção à saúde em um município do interior de São Paulo**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universudade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

GIL, A. C. et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUEDES, D. P. **Musculação:** estética e saúde feminina. São Paulo: Phorte 16, 2003.

GLORIOSO, Christin; SIBILLE, Etienne. Between destiny and disease: genetics and molecular pathways of human central nervous system aging. **Progress in neurobiology**, v. 93, n. 2, p. 165-181, 2011.

MAZO, G. Z. et al. Validade concorrente e reprodutibilidade: teste- reteste do Questionário de Baecke modificado para idosos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 5-11, 2012.

NETO, M. R. L. **Esquizofrenia**. In: Neto, M. R. L. et al. Psquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.167-204.

PAPALÉO NETTO. **O Estudo da velhice no século XX**: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV et al., eds. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA JUNIOR, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enferm Usp**, São Paulo, v. 4, n. 37, p.92-100, 2003.

SCHUCH, Felipe Barreto. **Exercício físico e depressão: Efeitos em desfechos clínicos e em biomarcadores**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências Médicas Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2015.

SENE, L. V. **Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior de Minas Gerais**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

SILVA, R. C. B. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicologia USP**, v.17, n.4, p. 263-285, 2006.

SLOBODA, D. M. et al. Prostaglandins and mechanisms of preterm birth. **Reproduction**, v. 124, n. 1, p. 1-17, 2002.

TEIXEIRA, E. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. Petrópolis: Vozes, 2013.

VASCONCELOS, A. M. N. A qualidade das estatísticas de óbitos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 15, n. 1, p. 115-124, 2014.

VANCAMPFORT, D. et al. A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 125, n. 5, p. 352-362, 2012.

ZAMBON, M.P et al. Correlação entre o índice de massa corporal e a prega cutânea tricipital em crianças da cidade de Paulínia. **Rev Assoc Med Bras**. v. 49, n. 2, p. 137-40, 2003.

# PERCEPÇÕES SOBRE O CORPO: OLHARES DE IDOSOS DO SERTÃO DA PARAÍBA

Giulyanne Maria Silva Souto[1]
Nilmara Serafim das Chagas[2]
Iraquitan de Oliveira Caminha[3]

**Resumo:** O corpo idoso revela histórias e marcas adquiridas ao longo do tempo, entretanto, não concebido sem o olhar do outro, capaz de influenciar positiva ou negativamente a relação do indivíduo com seu corpo. Sendo assim, este estudo objetiva analisar os modos como os idosos do município de Sousa, no sertão da Paraíba, percebem seus corpos e concebem sua imagem corporal. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Os sujeitos foram 30 idosos, de ambos os sexos, do município de Sousa no Alto Sertão da Paraíba, abordados pela equipe de pesquisa, aleatoriamente, em suas residências. O primeiro grupo de idosos entrevistados foi formado por moradores de uma comunidade de assentados e o segundo por moradores de bairros residenciais da cidade de Sousa. A coleta dos dados possuiu como instrumento uma entrevista semiestruturada e as transcrições foram interpretadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Os idosos participantes encontravam-se na faixa etária entre 61 e 79 anos, com maior predominância de casados. Em relação à escolaridade, a maior ocorrência foi Ensino Fundamental, seguido pelo expressivo número de analfabetos. Como resultado, nas percepções corporais, o olhar do "outro" emerge como elemento de destaque e capaz de propagar os ideais de juventude eterna inalcançáveis por boa parte dos idosos, como forma de sanar ou prevenir doenças. Nesse

1 Doutora do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, giulyanne.ufpb@gmail.com;

2 Mestre do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, nschagas@hotmail.com;

3 Doutor do Curso de Filosofia da Université Catholique de Louvain- UE, caminhairaquitan@gmail.com;

sentido, destaca-se o discurso biomédico e a cultura do corpo jovem como belo e perfeito, presente na forma como os indivíduos se relacionam com seu corpo.

**Palavras-chave:** Idoso, Corpo, Sertão.

## Introdução

O ser humano possui complexas e importantes modificações corporais ao longo de sua vida e, após os 60 anos de idade, estas passam a ter diferentes significados devido a diversos fatores que podem ser de cunho subjetivo, funcional ou social. Mediante o processo de envelhecimento que acompanha o indivíduo do nascimento à morte, ocorrem mudanças biopsicossociais as quais se apresentam de forma específica e afetam, muitas vezes negativamente, o cotidiano das pessoas (FERREIRA *et al.*, 2010).

Assim, o corpo envelhecido carrega consigo vivências e traços que lhe atribuem significados em uma perspectiva pessoal e social. Galvani e Silveira (2015, p. 148) defendem que "O corpo que envelhece carrega uma história e variadas experiências que foram enraizadas e, muitas vezes, transformadas no decorrer da vida. Envelhecer faz parte da própria evolução e do ciclo da vida". Contudo, a consideração do envelhecimento depende da sociedade na qual o sujeito está inserido. Segundo Costa (2010, p. 74), nesse período da vida, "o corpo deixa de ser aliado confiável para se converter em um inimigo que precisa de controle e cuidado constantes. A ação corporal não acompanha os desejos". Ainda sobre as mudanças corporais decorrentes do envelhecimento, a mesma autora assenta a compreensão de si e da realidade como elementos influentes na adaptação do idoso.

Com base em documentos legais, conforme mostrado por Brito, Camargo e Castro (2017), o envelhecimento está relacionado ao percurso natural de diminuição da funcionalidade do ser humano, não necessariamente marcado pela presença de patologias (BRASIL, 2006a). Já a velhice consiste na fase iniciada após os 60 anos de idade, caracterizada pela maturação biológica e resultante do avançar da idade na perspectiva cronológica (BRASIL, 2006b).

Minayo e Coimbra Jr. (2002) acrescentam que a velhice compreende uma categoria social e culturalmente construída. Nesse sentido, a imagem corporal do idoso, na maioria das vezes ligada a aspectos negativos, reflete sua história, estilo de vida e contexto social como poder ser observado em algumas culturas, inclusive na brasileira.

Ressalta-se que o corpo tratado neste estudo extrapola os limites biológicos e coloca-se enquanto corpo sujeito. Segundo Le Breton (2007), o corpo existe essencialmente na perspectiva sociocultural e representa a presença do ser no mundo. Logo, todas as modificações observadas e a concepção da

ISBN 978-65-86901-26-9

imagem corporal nessa fase da vida serão associadas ao sujeito e sua relação com seu meio.

Tavares (2003), por sua vez, explica que o desenvolvimento da imagem corporal encontra-se paralelo ao desenvolvimento da identidade do próprio corpo, tendo relação com os aspectos fisiológicos, afetivos e sociais. Diante disso, emerge a reflexão de como possuir um corpo ideal nesse momento da vida. Nessa faixa etária, ocorrem mudanças corporais diversas tanto internas quanto externas, as quais esbarram no padrão de corpo ideal, traçado pela cultura do rejuvenescimento. Tudo isso leva os indivíduos com mais de 60 anos a conceberem sua imagem corporal frequentemente de forma negativa, por não manterem o padrão de beleza jovem.

Mucida (2006) aponta que a inquietação corporal do ser humano consiste em uma prática que sempre acompanha o homem. A autora salienta ainda que a busca pela manutenção da juventude leva o homem a uma busca eterna. Entretanto, observa-se na atualidade as diversas possibilidades de manipulação dos corpos. Assim, o corpo e a forma como cada pessoa o concebe tornaram-se algo a ser modificado em qualquer momento, vindo a ser vulnerável às tendências sociais (LE BRETON, 2007).

Santaella (2008, p. 128) acrescenta a indústria da beleza como elemento influente no culto ao corpo jovem na sociedade atual, por meio da presença constante desse tema no cotidiano: "No cenário público, os corpos devem alcançar o ideal almejado, vencendo todos os obstáculos, todas as formas de imperfeição, sobretudo, as marcas da velhice". Observa-se, assim, a criação de um "mito" de que é possível manter o corpo jovem por toda a vida, independentemente de ações naturais.

Souza *et al.* (2002), por sua vez, apontou que o idoso sob o olhar do outro é marcado principalmente pelas perdas e aspectos negativos dessa vida. Na perspectiva de compreender como o idoso é apresentado na mídia, cita-se o estudo realizado por Viana (2010), intitulado "O envelhecimento retratado pelo cinema: uma análise do filme 'Camilla'" e o estudo de Wottrich (2011), com o seguinte título: "O que a telenovela diz sobre a velhice? Representações da beleza e do cuidado de si em Passione". No subtítulo da segunda obra, observa-se uma contribuição positiva da novela para as construções sociais mais positivas sobre a velhice.

Ainda na perspectiva do corpo idoso exposto pela mídia, em um estudo realizado por Machado e Freitas (2018) com base na análise de uma série da plataforma Netflix, intitulada "Grace and Frankie", as autoras caracterizaram

a velhice exposta no seriado como sendo performática, marcada pela idealização da busca constante pela felicidade e juventude. Essa exposição de corpos jovens nas diferentes mídias afeta a forma como o indivíduo se percebe e se relaciona com seu próprio corpo.

Contudo, a relação entre possuir o corpo ideal e se adequar ao corpo real não se apresenta de forma positiva na presente sociedade, principalmente para os idosos. Nesse sentido, a questão norteadora deste estudo consiste no seguinte: quais as características da percepção da imagem corporal dos idosos do sertão da Paraíba? Como objetivo propõe-se a identificar as características da construção da imagem corporal de idosos residentes no sertão da Paraíba, mais especificamente na cidade de Sousa.

O universo sertanejo é definido por Neves (2003) como um ambiente caracterizado na sociedade brasileira como área geográfica vasta, porém possuidora de características peculiares dos indivíduos que nela habitam e manifestam desde os costumes, gestos até elementos artísticos. O sertanejo apresenta-se, logo, como um povo acolhedor, forte e conformado com as dificuldades da escassez de água, em especial no sertão da Paraíba.

A importância de compreender como o corpo é percebido após os 60 anos baseia-se na complexidade da experiência de envelhecer e ainda neste meio marcado pelas adversidades impostas ao corpo humano. Ferreira (2018, p. 41) afirma que "O corpo do sertão revela sentimentos de um lugar onde os extremos da vida são configurações do cotidiano, vivido nos sentidos, nas paisagens e nas relações, pela inerência sensível do humano com a natureza sertaneja".

Sobre o corpo do idoso Goldfarb (1998, p. 35) acrescenta que "A imagem da velhice parece sempre estar 'fora', do outro lado, e embora saibamos que 'aquela' é a nossa imagem, nos produz uma impressão de inquietante estranheza, o apavorante ligado ao familiar". A cultura do rejuvenescimento presente em nossa sociedade aponta o corpo idoso como o distante, o temível e evitável, entretanto na atualidade novas perspectivas sobre esta parcela da população tem sido apresentadas. Sendo assim, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de se compreender a percepção do corpo idoso no Alto Sertão da Paraíba apontando para novos estudos e posteriormente propor formas de intervenção por meio de políticas públicas e privadas além de diferentes profissionais que atuam na área gerontológica.

## Metodologia

O presente estudo possui natureza descritiva com abordagem qualitativa (BAUER; GASKEL, 2012), sendo o idoso residente no sertão paraibano o objeto de estudo a ser descrito na sua percepção de cuidados, imagem corporal e saúde. O método descritivo é explicado por Mattos, Júnior e Rabinovich (2017) como aquele em que o autor relaciona um fenômeno com outros fatores sem manipulação destes. Trata-se de um recorte da tese de doutorado intitulada Corpo idoso e sertão: uma análise da percepção de corpo, de cuidados e da saúde.

O cenário desta pesquisa é a cidade de Sousa, sexto município mais populoso do Estado da Paraíba, com área territorial de 738,547 km$^2$ e composto por 64.499 habitantes, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019). Sousa pertence à macrorregião do sertão da Paraíba, formada por 83 municípios, e destaca-se como o segundo mais populoso dentre estes. No último censo demográfico, realizado em 2010 pelo mesmo instituto, constatou-se que a pirâmide etária se caracteriza como adulta (IBGE, 2010).

Os sujeitos do estudo foram 30 idosos, de ambos os sexos, residentes no cenário descrito, abordados pela equipe de pesquisa, aleatoriamente, em suas residências. Foram excluídos do trabalho os indivíduos que não apresentaram disponibilidade de tempo para aplicação do instrumento, os que não possuíam autonomia nas atividades de cuidados e higiene pessoais e o que se recusou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A quantidade de idosos selecionados nos grupos descritos adiante possuiu como base as orientações de Bauer e Gaskel (2012) para estudos qualitativos com entrevista quanto à saturação de respostas para formação do corpus. O primeiro grupo de idosos entrevistados foi formado por moradores de uma comunidade de assentados e o segundo por moradores de bairros residenciais da cidade de Sousa.

O instrumento de coleta dos dados utilizado consistiu em um roteiro de entrevista estruturado, elaborado para esta pesquisa com o intuito de conhecer a percepção de corpo, os cuidados com o próprio corpo, a construção da imagem corporal e a percepção de saúde dos idosos. Vale ressaltar que a elaboração teve como base a literatura relacionada ao tema e foi submetida a um estudo piloto com sujeitos com as mesmas características dos participantes do estudo para adaptação, apreciação da viabilidade, capacidade de resolução

ISBN 978-65-86901-26-9

do problema proposto, ordem de aplicação e entendimento dos sujeitos. Esta fase de adaptação do instrumento foi realizada por meio de entrevista com 5 idosos e posterior momento de discussão da equipe de pesquisa sobre as dificuldades encontradas e necessidades de alteração.

Para aplicação do instrumento, usou-se um caderno para as anotações e um gravador de áudio digital para registro das entrevistas. Neste trabalho, serão utilizadas apenas as respostas obtidas nas perguntas sobre a construção da imagem corporal. Para coleta das narrativas, inicialmente o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. Após a aprovação, sob o número CAAE 09385119.0.0000.5188, os idosos foram recrutados aleatoriamente nas suas localidades de residência para a obtenção da quantidade de sujeitos necessária.

Assim, iniciou-se a coleta dos dados aplicando-se a técnica de entrevista. Esta foi realizada individualmente, por meio de participação voluntária, concordância e assinatura do TCLE, na residência do participante, em local apropriado para a captação do áudio e em período propício para o emprego dessas técnicas. Em alguns casos, o encontro foi marcado previamente com o idoso, conforme a necessidade dele. Ao assinar o termo, o sujeito concordou em participar da pesquisa e foi informado sobre o anonimato de sua identidade, os riscos e benefícios do estudo, além da responsabilidade dos pesquisadores sobre estes.

A análise dos dados foi realizada com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009), segundo a qual as entrevistas são transcritas e, posteriormente, as transcrições referenciam a codificação e interpretação das próprias em categorias. Além disso, com o intuito de ilustrar as interpretações inseriu-se as falas de alguns idosos. Salienta-se que essas categorias, inicialmente, foram estabelecidas com base na literatura relacionada ao tema e definidas em três: os cuidados com o corpo, a construção da imagem corporal e a percepção de saúde. Vale ressaltar que neste estudo será abordada apenas a dimensão da construção da imagem corporal dos idosos.

## Resultados e discussão

Num primeiro momento de caracterização dos sujeitos da pesquisa, a coleta dos dados apontou a presença de idosos na faixa etária entre 61 e 79, com maior predominância da faixa entre 70 e 79 anos. O estado civil prevalecente foi casado, havendo apenas um indivíduo divorciado e três viúvos.

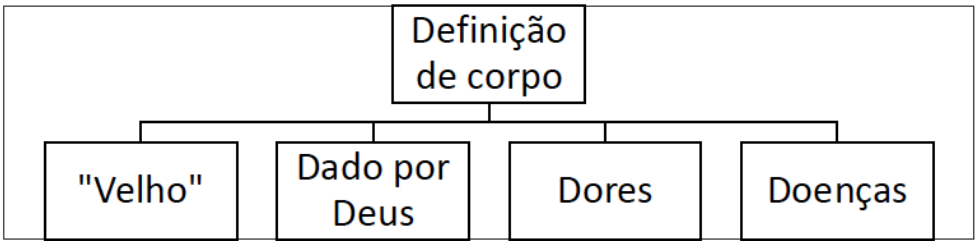
ISBN 978-65-86901-26-9

Quanto à escolaridade, a maior ocorrência foi Ensino Fundamental, com destaque para somente um idoso que concluiu o Ensino Médio, seguido pelo expressivo número de analfabetos.

No intuito de compreender as concepções dos idosos sobre o seu próprio corpo, foram utilizadas, do instrumento do estudo, apenas as questões referenciais da temática, que são: "Como o(a) senhor(a) definiria o seu próprio corpo?", "O(A) senhor(a) está satisfeito(a) com seu corpo?", "O(A) senhor(a) possui algum modelo de corpo que considera belo?" e "Como o(a) senhor(a) acha que as pessoas veem o seu corpo?". Tais questionamentos encontram-se na dimensão de "construção da imagem corporal" do estudo.

No intuito de conhecer inicialmente a definição de corpo pelos idosos suas falas foram expostas Diagrama 1 a seguir. Neste, observam-se os elementos relacionados à definição de corpo dada pelos idosos, na qual se destaca a ligação com a espiritualidade bem como as patologias características dessa fase da vida.

Diagrama 1: Definição de corpo para idosos do sertão da Paraíba




Fonte: Elaborado pelo autor.

Pode-se verificar, assim, a relação dos idosos com a religiosidade como elemento de aceitação de si mesmo e dos efeitos do tempo ao definirem seu corpo como algo dado por Deus, conforme apontam as falas abaixo:

> "É bom o que Deus me deu."(I 12)
> "É bom graças a Deus." (I 14)

Outros estudos realizados apontam uma ligação positiva da religiosidade com aspectos funcionais, qualidade de vida e saúde física e mental dos idosos (AMORIM *et al.*, 2017; ABDALA *et al.*, 2015). Esses autores acrescentam ainda o papel da religiosidade como contribuinte no estilo de vida ativo. A participação de idosos em atividades religiosas promove o resgate às relações sociais que são fortemente afetadas com o afastamento do mercado de

trabalho e a perda do cônjuge. Além disso, as atividades religiosas consistem numa opção de lazer sendo muito procurada pelos indivíduos.

Outro aspecto recorrente na fala dos idosos ao definirem o corpo foi a associação deste com patologias e dores, como citam alguns idosos:

> "Meu corpo graças a Deus é sadio né, não tem diabetes." (I 1)
> "Eu tenho problema, eu tenho problema de joelho, de ossos, de coluna." (I 2)
>
> "Da parte de saúde. Hoje eu defino assim que to com o corpo frágil, né acho que devido a tanto trabalho de anos atrás de serviço pesado que eu já vim da agricultura, [...]e hoje me sinto com meu corpo fragilizado muitas dores nos ossos, problema de coluna problema de artrose hipertensa diabética." (I 20)
>
> "Bom porque não tenho doença grave." (I 21)

A população possui muito forte a construção de corpo saudável como sendo aquele livre de doenças. Essa relação pode ser ligada às consequências do processo de envelhecimento em uma perspectiva biológica (NAHAS, 2010). Tal autor reafirma a importância de um estilo de vida ativo para uma melhor qualidade de vida após os 60 anos e a relevância desses hábitos serem cultivados ao longo da vida. Entretanto, numa fase onde o corpo está fortemente marcado pela ocorrência de doenças e agravos a ausência destas consiste num elemento positivo.

Sobre esses primeiros dados levantados, nota-se ainda a utilização do termo "velho", visto por alguns autores como inadequado e pejorativo, conforme mostra Ferreira (2010). Na sociedade brasileira este termo remete a aspectos do envelhecimento que podem variar conforme as sociedades e constituem os estereótipos sociais atribuídos a cada grupo etário. Simone de Beauvoir (1986, apud Mucida, 2006, p.67) em suas pesquisas, apontou que "[...] a velhice é uma categoria social, mais ou menos valorizada de acordo com cada cultura e um destino singular."

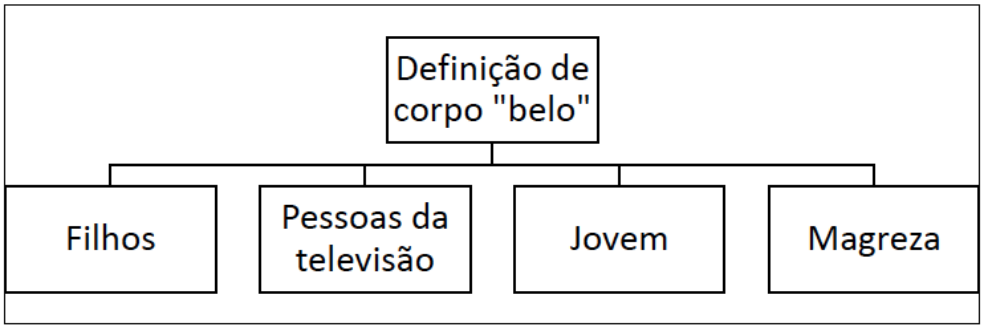
Em estudo realizado por Souto e Caminha (2015) com mulheres idosas, na cidade de João Pessoa, constatou-se que estas associam o corpo também com aspectos religiosos, com a presença de patologias e, ainda, com aspectos estéticos, segundo consta nos dados expostos no Diagrama 1. Os autores acrescentam que essas três definições são reflexo da visão social do corpo que envelhece em uma sociedade na qual o corpo ainda é tratado como máquina e o ideal corporal é permeado pelos ideais padronizados de estética. Estes aspectos ficam claros nas falas dos idosos entrevistados, citadas abaixo:

> "No espelho o idoso muda muito."(I 6)
> "Eu me acho magra." (I 8)
> "Assim, como estou mesmo né. só queria que fosse mais magra um pouquinho. Mas não tem jeito a gente faz por onde, mas não sei o que
> isso não. Só quando a adoece que cai mais um pouquinho. Pense ai a gente perde um monte de quilo ai quando você melhora e ganha mais do que tinha. Eu queria que fosse mais magrinho um pouquinho porque eu me acho gorda." (I 17)

Após o conhecimento da percepção que os idosos possuem de corpo, buscou-se identificar se eles se encontram satisfeitos com a própria imagem corporal. Constatou-se, assim, que a grande maioria está satisfeita, porém alguns associam a satisfação com o fato de estarem saudáveis ou, ainda, com a conformidade. Santos e Júnior (2014) alertam para a presença de fatores internos e externos na significação desse período da vida e a importância das experiências individuais ao longo dela. A satisfação corporal é afetada significativamente pelos aspectos individuais e também o meio em que o indivíduo se encontra. Vale ressaltar que novamente a religiosidade emerge como fator responsável pela aceitação corporal nas falas dos sujeitos.

Em um terceiro momento de definição do corpo para os idosos, estes foram questionados sobre o conceito de corpo "belo". Nas falas, ilustradas pelos seus elementos principais no Diagrama 2, pode-se observar diferentes formas de conceituar a beleza dos corpos.

Diagrama 2: Definição de corpo belo para idosos do sertão da Paraíba




Fonte: Elaborado pelo autor.

Entretanto, o que chama a atenção no diagrama acima é o aparecimento dos estereótipos estabelecidos pela mídia na sociedade atual. Ressalta-se que, para Blessman (2004), apesar da ação do tempo, a sociedade ignora o fato do

processo de envelhecimento ser natural e impossível de evitar com suas consequências na imagem corporal ao insistir na busca de corpos ideais marcados pela presença da beleza jovial. Estes aspectos são apresentados nas falas abaixo:

> "Acho que a juventude né. Principalmente quando estão as meninas estão arrumadas." (I 2)
>
> "Minhas filhas eu acho todas elas bonitas." (I 4)
>
> "Minhas filhas têm o corpo bonito. Minha sobrinha também." ( I 21)

O mesmo autor aponta que imagens do corpo jovem, saudável e belo são disseminadas na mídia como algo a ser atingido por todos, porém muito distante da realidade do corpo envelhecido (BLESSMAN, 2004). Nas diferentes mídias o corpo ideal é apresentado como sendo jovem e livre das rugas e marcas características da passagem do tempo inerente a todos os indivíduos.

Santaella (2008, p. 128), por sua vez, afirma que, "no cenário público, os corpos devem alcançar o ideal almejado, vencendo todos os obstáculos, todas as formas de imperfeição, sobretudo, as marcas da velhice". O corpo perfeito não pode trazer marcas da velhice e deve acompanhar a magreza característica de modelos e ditadores de moda. Esteves e Fernandes

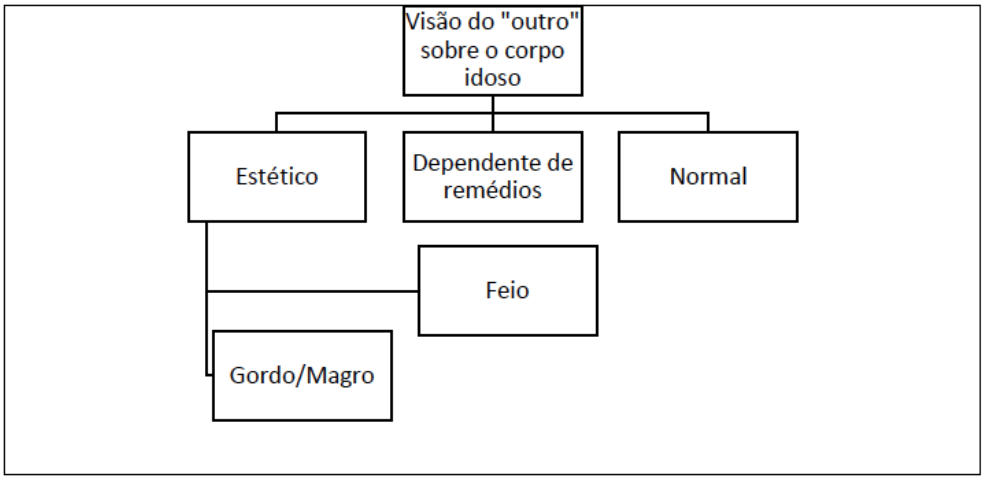
(2017) acrescentam que a interioridade é substituída pela exterioridade, a qual é visível ao olhar do outro e pode ser modificada, a fim de se enquadrar nos padrões de subjetividade e felicidade social. Dessa forma, os idosos idealizam para si corpos capazes de agradar os outros e não acompanhar as mudanças ocorridas devido ao processo de envelhecimento e sua história de vida.

> Eu acho bonito as mulheres magras.(I 14)
>
> "Eu vejo meu corpo bonito e vejo na televisão também." (I 5)
>
> "As modelos da televisão."(I12)
>
> "Ah tem muitos né tem muitos modelos. Gisele Bundchen" (I 23)

Por fim, convém refletir sobre a relação do idoso com seus familiares ao verificar-se que alguns idosos indicaram o corpo de seus filhos como ideal de corpo belo, ratificando, assim, a relação entre o idoso e seu meio social. Isto fica evidente nas falas ilustradas anteriormente. A dimensão social é muito importante na concepção de significados sobre o corpo em qualquer fase da vida, conforme apontam Shilder (1980) e Le Breton (2007). Nessa perspectiva,

levantou-se a seguinte questão: "Como o(a) senhor(a) acha que as pessoas veem o seu corpo?". As respostas estão expostas no Diagrama 3 adiante.

Diagrama 3: Percepção do outro sobre o corpo do idoso




Fonte: Elaborado pelo autor.

A forma como os outros concebem o corpo é parte integrante da concepção da imagem corporal, logo, a predominância de aspectos negativos ligados à estética ou à necessidade de ingestão de remédios decorrentes das patologias comuns nessa fase da vida é fator que afeta de forma significativa os idosos. Aspectos negativos sobre o corpo envelhecido são característicos da definição feita por familiares, crianças e jovens, de acordo com estudos realizados por Colussi, Pichler e Grochot (2019), Brito (2018), Ramos (2009) e Caldas e Thomaz (2010). Tais autores evidenciam-se na fala dos idosos, quando estes apontam:

> "Bom ai. Eu acho que, acham eu muito feio, né." (I 1)
>
> "Eles mangam muito do meu corpo. È porque a pessoa é velha né." (I 3)
>
> "Uns eu acho que me vê uma pessoa feia, gorda, que quer ser moça[...]" (I 24)

Além disso, a literatura aponta que a visão social sobre o envelhecimento ainda é bastante negativa, entretanto, essa concepção varia conforme cada sociedade e pode ser modificada por tratar-se de um aspecto culturalmente construído. Dessa forma, com o crescimento da população idosa, estima-se que essa fase da vida seja vista com menos estereótipos negativos pelos "outros"

e por aqueles que a vivenciam, ressaltando-se, assim, as conquistas advindas com o tempo de vida.

A realidade apresentada pelos dados deste estudo deixa claro o efeito da mídia e sua acessibilidade e propagação de padrões pelas diferentes faixas etárias. As barreiras territoriais não consistem em limitações para a informação nos dias atuais pois independente de faixa etária e região os telefones celulares, a internet e a televisão permeiam o cotidiano do ser humano. Costuma-se atribuir ao sertanejo o atraso e inferioridade por sua realidade de condições adversas, entretanto as falas apontam para idosos que seguem as mesmas características apontadas por outros estudos nesta temática.

## Considerações finais

A definição dos idosos do sertão em relação ao próprio corpo caracterizou-se como permeada pelas consequências do processo de envelhecimento no aspecto tanto biológico quanto social, e eles apresentaram-se satisfeitos em sua maioria. Quanto ao conceito de corpo belo, ficou presente a influência da mídia na propagação de padrões corporais. Essa realidade torna-se preocupante, pois a sociedade vivencia a cultura do rejuvenescimento, na qual se busca, incessantemente, a juventude eterna e determinados padrões. Esse discurso se repete quando os idosos são questionados sobre a visão dos outros sobre seu corpo, para estes os modelos a ser alcançado por todos são jovens em exposição na mídia ou no círculo familiar.

Diante disso, este estudo aponta para caminhos de discussões com idosos, pessoas de outras idades, cuidadores e familiares sobre qual corpo deve ser buscado pelo idoso, além da necessidade de acompanhar padrões que podem afetar a qualidade de vida após os 60 anos. A aceitação corporal e busca de suas potencialidades apresenta-se como uma forma de busca da qualidade de vida e possível estratégia de intervenção para uma melhor saúde em todos os aspectos, físico, mental e social.

Uma limitação deste estudo foi a expressão de forma breve por parte de alguns idosos, estes deram respostas curtas e objetivas, podendo justificar-se esse fato pela pouca intimidade com os pesquisadores. Sugere-se assim outros estudos capazes de retratar sujeitos nessa faixa etária e de outras culturas, uma vez que estas influenciam a forma como o indivíduo vivencia esse período da vida, além de que, a cada dia, cresce essa parcela da população ampliando a necessidade de compreensão dos mesmos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABDALA, Gina Andrade *et al.* Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 55-55, 2015.

AMORIM, Diane Nogueira Paranhos *et al*. Associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 727-735, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281p.

BAUER, Martin W.; GASKEL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto, imagem e Som**: um manual prático. 10. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BLESSMAN, Eliane Jost. Corporeidade e envelhecimento: O significado do corpo na velhice. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 6, p. 21-39, 2004. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/4737/2661. Acesso em: 15 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Cadernos de atenção básica, 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 24 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/estatuto_idoso.pdf. Acesso em: 24 mar. 2017.

BRITO, Annie Mehes Maldonado; CAMARGO, Brigido Vizeu; CASTRO, Amanda. Representações Sociais de Velhice e Boa Velhice entre Idosos e sua Rede Social. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 5-21, nov. 2017. ISSN 2175-5027. Disponível em: https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1416. Acesso em: 17 set. 2019.

BRITO, Fernanda Alice Camara de; SOUTO, Giulyanne Maria Silva. **A percepção de crianças em relação ao corpo do idoso praticante de atividade física.** 2018. Monografia ( Licenciatura em Educação Física ) IFPB –Sousa, 2018.

CALDAS, Célia Pereira; THOMAZ, Andrea Fernandes. A velhice no olhar do outro: uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 75-89, nov. 2010. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5367. Acesso em: 4 set. 2012.

COLUSSI, Eliane Lucia; PICHLER, Nadir Antonio; GROCHOT, Lucimara. Percepções de idosos e familiares acerca do envelhecimento. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 22, n. 1, p. e180157, 2019.

COSTA, Geni de Araújo. Corpo e idade: por um convívio natural. **Em extensão**. Uberlândia, v. 9, n. 2, p. 71-86, jul./dez. 2010. Disponível em: http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/58440_6761.PDF. Acesso em: 3 set. 2012.

ESTEVES, Dayane Barros; FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros. Velhice, corpo e saúde. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 383-401, 2017.

FERREIRA, Gilmar Leite. **O sertão educa**. Curitiba: Appris Editora, 2018.

FERREIRA**,** O. G. L. *et al.* Significados atribuídos ao envelhecimento**. Psico-USF,** João Pessoa, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

GALVANI, C.; SILVEIRA, N. D. R. **Longevidade e psicomotricidade**: ter ou ser um corpo que envelhece com qualidade de vida. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP e SESC, 2015, p.148-159.

GOLDFARB, Delia Catullo. **Corpo, tempo e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama da cidade de Sousa.** 2019. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sousa/panorama. Acesso em: 19 ago. 2019.

_____. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. **Estudos e pesquisas – informação demográfica e socioeconômica**, n. 27. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.pdf. Acesso em: 19 mar. 2011.

LE BRETON, D. **A sociologia do Corpo**. 2. ed. Tradução de Sônia M. S. Fuhrmann. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

MACHADO, Fabíola Orlando Calazans; FREITAS, Vanessa Santos de. **Corpo, velhice e performance na série "Grace and Frankie"**. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE INVESTIGADORES DE LA COMUNICACIÓN, 14., 2018, San Pedro. Memorias [...]. San Pedro: Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación, 2018. p. 204-209. Disponível em: http://repositorio.unb.br/handle/10482/34366. Acesso em: 6 nov. 2019.

MATTOS, Mauro Gomes de; JÚNIOR, Adriano José Rossetto; RABINOVICH, Shelly Blecher. **Metodologia da pesquisa em educação física:** construindo sua monografia, artigos e projetos. São Paulo, Phorte Editora, 2017.

MINAYO, Maria Cecília Souza; COIMBRA JR., Carlos E. A. (Org.). **Antropologia**, **saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MUCIDA, Ângela. **O sujeito não envelhece** – Psicanálise e velhice. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

NAHAS, Marcus Vinicius. Capítulo 10. Envelhecer com vigor. In: NAHAS, Marcus Vinicius**. Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 5. ed. Londrina: Midiograf, 2010, p 191- 205.

NEVES, Erivaldo Fagundes. Sertão como recorte espacial e como imaginário cultural. **Politeia**, v. 3, n. 1, p. 153-162, 2003.

RAMOS, Anne Carolina. O Corpo-bagulho: ser velho na perspectiva das crianças**. Revista Educação e Realidade**, 34(2):239-260, maio/ago. 2009. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/9354. Acesso em: 20 mar. 2011.

SANTAELLA, Lucia. **Corpo e Comunicação**: Sintoma da cultura. 3. ed. São Paulo: Paulus, 2008, 161 p.

SANTOS, Francisca da Silva; JÚNIOR, Joel Lima. O idoso e o processo de envelhecimento: um estudo sobre a qualidade de vida na terceira idade. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 8, n. 24, p. 34-55, 2014. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/300. Acesso em: 15 set. 2019.

SHILDER, Paul. **A imagem do corpo**. Tradução de Rosanne Wetman. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

SOUTO, Giulyanne Maria Silva; CAMINHA, Iraquitan de Oliveira. **Imagem corporal e envelhecimento**. Curitiba: Appris Editora, 2015.

SOUZA *et al.*, O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos EA. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Editora Fiocruz, 2002.

TAVARES, M. C. **Imagem Corporal:** Conceito e Desenvolvimento. 1. ed. São Paulo: Manole, 2003.

VIANA, Helena Brandão. O envelhecimento retratado pelo cinema: uma análise do filme "Camilla". **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 13, n. 2, 2010. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/5373. Acesso em: 6 nov. 2019.

WOTTRICH, Laura Hastenpflug. O que a telenovela diz sobre a velhice? Representações da beleza e do cuidado de si em Passione. **Cadernos de Comunicação**, v. 15, n. 1, 2011. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/ccomunicacao/article/view/4603. Acesso em: 6 nov. 2019.

# ANÁLOGOS DA PROSTAGLANDINA NO MANEJO DO GLAUCOMA NO IDOSO

Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira[1]
Anaís Bezerra de Gusmão[2]
Elane Cristina Silva Landim[3]
Cibério Landim Macedo[4]

**Resumo:** O glaucoma é uma neuropatia óptica com repercussão característica no campo visual, cujo principal fator de risco está associado ao aumento da Pressão Intraocular (PIO), tendo a cegueira irreversível como complicação principal. O tratamento clínico de primeira linha é tópico, sendo os análogos das prostaglandinas os medicamentos mais utilizados no manejo do glaucoma, devido apresentarem o maior efeito hipotensor entre todas as alternativas utilizadas no tratamento de indivíduos acometidos pela neuropatia. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi analisar as publicações nacionais e internacionais acerca dos análogos da prostaglandina atualmente disponíveis para o tratamento do glaucoma no público geriátrico, por meio dos indexadores de artigos Scielo, PubMed e Sciencedirect, expondo suas vantagens e limitações. Os análogos da prostaglandina atualmente disponíveis no tratamento do glaucoma encontram-se na forma de uma solução oftálmica estéril em diversas concentrações, dentre essas tem-se, latanoprosta, travoprosta, bimatoprosta e tafluprosta. Esses agentes apresentam elevada eficácia na redução da pressão intraocular, com poucos efeitos colaterais sistêmicos, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente por meio do controle da

1 Farmacêutico Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), brunnoramallho@hotmail.com;

2 Farmacêutica Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), anaisgusmao@gmail.com;

3 Farmacêutica Doutora pelo curso de Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintpeticos Bioativos (PPGNSB) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) lanafarma@gmail.com;

4 Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), ciberiolandim@hotmail.com.

PIO. Apesar disso, limitações como elevado custo de tratamento e efeitos adversos na superfície ocular são geralmente relatados, o que impacta em uma redução significativa na adesão terapêutica. Assim sendo, uma análise minuciosa do quadro clínico do paciente associado a utilização de uma alternativa terapêutica que apresente melhor efeito de redução da PIO e reduzidos efeitos adversos são necessários.

**Palavras-chave:** Glaucoma, Pressão intraocular, Antiglaucomatosos, Análogos da prostaglandina, Idosos.

## Introdução

O crescente envelhecimento da população mundial tem se tornado uma grande preocupação global, visto que, o avanço da idade está relacionado ao surgimento de doenças que levam a limitações na qualidade de vida, mesmo diante de diversos avanços técnico-científicos. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) nos dias atuais existem 705 milhões de indivíduos com 65 anos ou mais em todo mundo, já no Brasil, 28 milhões de pessoas se encontram nessa faixa etária, correspondendo a 13% da população nacional (RODRÍGUEZ; HERNÁNDEZ; MASÓ, 2016).

A população idosa apresenta uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças degenerativas. Dentre essa, alterações na córnea, no nervo óptico e na coriorretina estão associados ao desenvolvimento de distúrbios oculares como, catarata, alterações na retina, nervo óptico e glaucoma, que são as principais causas de deficiência visual nesse público em todo o mundo (OPAS, 2019).

Tais doenças são problemas oftalmológicos desencadeados por diversos motivos como, fatores genéticos, estilo e hábitos de vida, e quando instalados desenvolvem uma dificuldade visual, ou em casos mais graves a cegueira, acarretando em uma dependência física, bem como desenvolvimento de problemas emocionais (RODRÍGUEZ; HERNÁNDEZ; MASÓ, 2016).

Dentre os distúrbios oculares, o glaucoma é uma das principais doenças oftálmicas que atingem a população, afetando cerda de 60 milhões de indivíduos no mundo. Estudos mostram que a prevalência dessa neuropatia cresce de forma significativa com o aumento da idade, em indivíduos de raça latina e afrodescendente, sujeitos que apresentem doenças cardiovasculares, e que apresentem o histórico de glaucoma na família (GRECO et al., 2016).

O diagnóstico do glaucoma é consideravelmente complicado, uma vez que, em razão da ausência de sintomas no estágio inicial da doença, cerca de 50% de todos os pacientes vivem sem diagnóstico, só procurando atendimento médico em um estágio mais avançado, onde um dano neuronal grave pode já ter ocorrido (NUZZI; TRIDICO, 2017).

A identificação prévia da doença é o sucesso para um tratamento eficaz, apresentando vários métodos disponíveis como, tratamento medicamentos que é tido como a primeira linha no manejo do glaucoma, tratamento a laser e procedimentos cirúrgicos. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar as publicações nacionais e internacionais acerca das alternativas

ISBN 978-65-86901-26-9

terapêuticas da classe dos análogos da prostaglandina que são utilizadas no tratamento do glaucoma, apresentando suas vantagens e limitações por meio de uma revisão bibliográfica das obras publicadas na literatura.

## Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura por meio de levantamento bibliográfico durante os meses de setembro e outubro de 2020, buscando publicações indexadas nas bases de dados do Scielo, Pubmed e Sciencedirect, utilizando os descritores: glaucoma, treatment e geriatric patient. Os critérios de inclusão escolhidos para a seleção das publicações foram: artigos na categoria original e revisão de literatura, incluindo revisões sistemáticas e capítulos de livros relacionados ao tema publicados em português, inglês ou espanhol.

As publicações consideradas para o desenvolvimento desse trabalho estão entre os anos de 2015 e 2020, sendo este o intervalo de tempo adotado. Foram excluídas da pesquisa as publicações que não eram relacionadas com o objetivo tema desta revisão bibliográfica, os publicados nos formatos de trabalho de conclusão de curso, dissertação, tese, relato de caso, resenha e resumo de congresso, bem como em idiomas além do português, inglês e do espanhol.

A partir da leitura das publicações, foram excluídas as que não possuíam informações relevantes que complementassem o levantamento bibliográfico ou que apresentassem informações repetidas. A leitura de todos os materiais foi realizada aos pares, seguida de discussão entre os autores, selecionando os estudos pertinentes para o desenvolvimento da pesquisa.

## Resultados e discussão

O olho humano é um dos órgãos mais complexos e sensíveis do corpo, internamente o olho é dividido em duas seções distintas, a porção anterior composta pela câmara anterior e posterior que compreende o espaço da córnea à íris preenchida com humor aquoso, e a camada posterior que compreende o espaço da íris à lente, e devido a sua proximidade com os nervos ópticos, é preenchida com humor vítreo. Continuamente, o humor aquoso flui da câmera posterior para a câmara anterior fornecendo nutrição ao cristalino e à córnea, e por fim é drenado para o canal de Schlemm (YADAV; RAJPUROHIT; SHARMA, 2019).

ISBN 978-65-86901-26-9

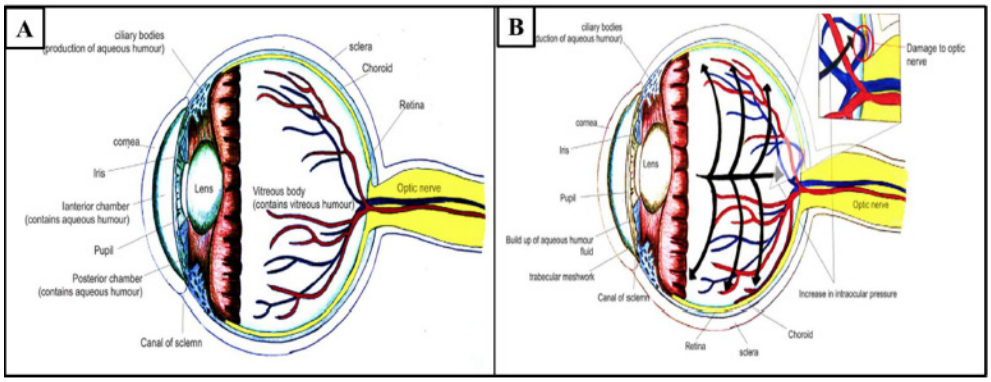
## Fisiopatologia e classificação do glaucoma

Durante o processo de trânsito do humor aquoso por meio do sistema de drenagem constituído por um conjunto venoso intrascleral, episcleral e conjuntival (figura 1A), estiver presente uma obstrução total ou parcial, pode ocorrer um aumento nos valores da pressão interna do olho, favortentendo o desenvolvimento de diversos distúrbios oculares (NUZZI; TRIDICO, 2017).

O aumento da pressão intraocular é o fator mais importante para se desenvolver o glaucoma, no entanto, evidências apontam que fatores vasculares também podem estar envolvidos. A hipótese vascular consiste na suspeita que uma perfusão reduzida provocada pelo aumento da pressão intraocular e a abaixa perfusão ocular levem a uma redução do fluxo sanguíneo nas estruturas pós-laminar e laminar e do fluxo sanguíneo retiniano, propiciando o desenvolvimento de danos glaucomatosos devido à morte da células ganglionares da retina (NUZZI; TRIDICO, 2017).

A pressão intraocular varia, em um olho humano saudável encontra-se entre 10 a 21 mmHg, já no olho doente ocorre um aumento desse intervalo, variando entre 5 a 40 mmHg. A elevação dessa pressão afeta seriamente o nervo óptico e as células ganglionares da retina (figura 1B), desenvolvendo uma perda progressiva da visão se não tratada (YADAV; RAJPUROHIT; SHARMA, 2019).

Figura 1 - Estrutura olho humano.




(YADAV; RAJPUROHIT; SHARMA, 2019).

Das doenças oculares, o glaucoma é a segunda causa mais frequente de cegueira no mundo e a primeira causa de cegueira irreversível na América Latina. Essa doença é considerada uma neuropatia óptica, desenvolvida por

danos progressivos e irreversíveis ao nervo óptico e nas células ganglionares da retina, que acarretam em uma perda irreversível do campo visual central e periférico (BUCOLO et al., 2018).

O glaucoma tem sido considerado como um problema de saúde pública devido à elevada incidência na população idosa. Estima-se que em 2020 cerca de 76 milhões casos de glaucoma surgirão em todo o mundo, levando a perda de habilidades visuais, limitando as tarefas cotidianas e afetando consideravelmente a qualidade de vidas do indivíduo (YADAV; RAJPUROHIT; SHARMA, 2019).

A classificação do glaucoma é realizada de acordo com sua anatomia e fisiopatologia subjacente, sendo dividida em glaucoma congênito, glaucoma de pressão normal, e as formas mais comuns, o glaucoma primário de ângulo aberto e o glaucoma primário de ângulo fechado. Um estudo retrospectivo envolvendo 718 pacientes buscou avaliar perfil clinico-epidemiológico dos pacientes atendidos em um centro de referência em oftalmologia, desses, 43 foram diagnosticados com glaucoma (6%), com maior prevalência do glaucoma primário de ângulo aberto correspondendo a 17 pacientes (2,4%), seguido do glaucoma primário de ângulo fechado, diagnosticado em 7 usuários (1%), e em menor número , o glaucoma secundário e glaucoma congênito 2 e 1 casos respectivamente (LOUREIRO; FELIX, 2020).

O glaucoma primário de ângulo aberto é a forma mais comum de glaucoma e a mais frequentemente diagnosticada. Esse tipo se desenvolve de forma lenta, por meio de uma obstrução de partículas microscópicas nos canais de drenagem dos olhos ao decorrer de meses ou anos, consequentemente, observa-se um aumento na pressão intraocular e posterior dano permanente no nervo óptico, levando a uma perda do campo visual. A região periférica é a inicialmente afetada, apresentando pontos cegos e manchas no campo visual, no entanto, como o passar do tempo, essas dificuldades visuais crescem, se fundem, e afetam a visão central, promovendo uma perda gradual da visão (BOYD, 2019).

A segunda forma mais comum é o glaucoma de ângulo fechado, e ocorre quando a drenagem do humor aquoso é fisicamente obstruída por um estreitamento do espaço entre a íris e a córnea, o que leva a um aumento rápido e intenso da pressão intraocular. Essa forma de glaucoma pode ser classificada em crônica quando a pressão ocular aumenta lentamente, ou ainda em aguda que ocorre quando a pressão ocular aumenta rapidamente (LOUREIRO; FELIX, 2020).

ISBN 978-65-86901-26-9

Os indivíduos acometidos por um quadro leve ou moderado de glaucoma geralmente não apresentam sintomas. No entanto, quando presente, algumas manifestações como, vermelhidão, arcos irisados ao redor das luzes, dor ocular e perda progressiva da visão central ou periférica podem ser relatados à medida que a doença progride. Nesse sentido, o início dos sintomas bem como sua duração e gravidade devem ser acompanhados por meio de exames como acuidade visual, refração, pupilas, pressão intraocular, estruturas angulares, nervo óptico, fundo do olho e campo visual, permitindo uma avaliação do estado da doença afim de definir a melhor abordagem de tratamento, promovendo um melhor prognóstico ao paciente (BUCOLO et al., 2018).

Por se tratar de uma doença crônica, o desenvolvimento do glaucoma é caracterizado por uma lesão no nervo óptico, o que leva a um acometimento no campo visual do indivíduo. Essa particularidade faz com que o diagnóstico tardio dessa doença, associado aos fatores de risco sejam os principais causadores do elevado índice de pacientes com cegueira irreversível decorrente do glaucoma, sobretudo pelo fato que a regressão da doença necessita de um controle eficaz da pressão intraocular para promover uma manutenção da integridade do nervo óptico (LOUREIRO; FELIX, 2020).

Devido à pressão intraocular influenciar diretamente o desenvolvimento e a progressão do glaucoma, estudos demonstram que a redução dessa pressão é a única terapia atualmente disponível para o tratamento dessa síndrome. Dessa forma, uma avaliação do custo-benefício da terapia escolhida deve ser realizada, de forma que a pressão intraocular alvo seja alcançada (GAUTHIER; LIU, 2016).

## Tratamento do glaucoma

O tratamento para o glaucoma depende das causas, fatores de risco, gravidade e tipo de glaucoma, e tem como finalidade promover a conservação da visão e do campo visual por meio de um retardo ou interrupção da progressão da doença, visto que, nenhuma terapia promove a regeneração das fibras atrofiadas do nervo óptico. Dessa forma, quanto mais cedo à doença for diagnosticada, maiores serão as alternativas terapêuticas a serem utilizadas (CONLON; SAHEB; AHMED, 2017).

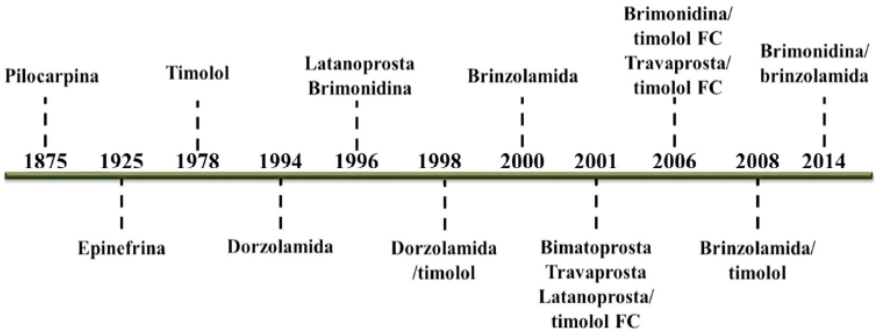
A redução da pressão intraocular é alcançada por várias formas farmacológicas e não-farmacológicas. No entanto, o suporte farmacológico é a primeira linha no tratamento do glaucoma, cujo objetivo está direcionado a

diminuição da pressão intraocular através de uma redução da produção do humor aquoso e/ou aumento da taxa de saída do líquido do olho (NUZZI; TRIDICO, 2017).

A terapia medicamentosa tópica é utilizada por cerca de 49 a 59% dos pacientes acometidos por glaucoma. Essas alternativas terapêuticas são administradas através de gotas na região ocular, promovendo uma redução na pressão intraocular com um melhor controle pressórico, o que implica em uma redução de 17% no risco absoluto de progressão para a forma mais grave da doença (GUPTA; CHEN, 2016; ZHANG et al., 2019).

Durante muitos anos, a farmacoterapia predominantemente utilizada no tratamento do glaucoma era direcionada a administração tópica de fármacos β bloqueadores, no entanto, a chegada de novas alternativas terapêuticas (figura 2) possibilitou uma ampliação das opções farmacológicas a serem utilizadas, incluindo, agonistas alfa-adrenérgicos, inibidores da anidrase carbônica, e os análogos da prostaglandina que são as alternativas terapêuticas mais utilizadas (HARASYMOWYCZ, et al., 2016).

**Figura 2** - Histórico da introdução de medicamentos tópicos para redução da pressão intraocular.




(HARASYMOWYCZ, et al., 2016)

Uma vez que o glaucoma é diagnosticado, a escolha da opção terapêutica que irá ser utilizada deve garantir uma redução sustentada da pressão intraocular, estabelecendo níveis seguros capazes de evitar danos progressivos ao nervo óptico. Dentre as alternativas terapêuticas atualmente empregues no tratamento do glaucoma, encontram-se as drogas pertencentes a classe dos análogos da prostaglandina, que podem ser associados a outras classes de medicamentos, otimizando o controle pressórico no paciente glaucomatoso (DONEGAN; LIEBERMAN, 2017).

## Análogos da prostaglandina no manejo do glaucoma

Os análogos da prostaglandina são os medicamentos mais recentes utilizados no tratamento clínico do glaucoma, representando a primeira linha de escolha para o tratamento com base em sua eficácia na redução da pressão intraocular e poucos efeitos colaterais sistêmicos. As prostaglandinas ocorrem naturalmente no organismo e se ligam a uma variedade de receptores da superfície celular, atuando na mediação da contração e inflamação do músculo liso, e desde a sua descoberta, são amplamente estudados devido aos potenciais terapêuticos em diversas doenças (ZHANG et al., 2019).

Os fármacos da classe dos análogos da prostaglandina são pró-fármacos hidrofóbicos, derivados da prostaglandina F2 alfa, que reproduzem a ação da prostaglandina no organismo. Esses agentes atuam aumentando a atividade das metaloproteinases, o que promove uma modificação na matriz extracelular, promovendo maior escoamento do humor aquoso através da via uveoescleral e relaxamento dos músculos do interior do olho (CONLON; SAHEB; AHMED, 2017).

Estudos apontam que os análogos da prostaglandina apresentam o maior efeito hipotensor entre todas as alternativas utilizadas no tratamento de indivíduos acometidos pelo glaucoma. As principais alternativas atualmente disponíveis encontram-se na forma de uma solução oftálmica estéril em diversas concentrações, dentre essas temos, o latanoprosta (0,005%), o travoprosta (0,004%), o bimatoprosta (0,03%) e o tafluprosta (15 mcg/mL) (TANG, et al., 2019).

A administração dos análogos da prostaglandina é realizada em dose única noturna no olho afetado. Devido esses agentes apresentarem meia-vida curta, excelente efeito de redução da pressão intraocular, necessidade de poucas instilações, bem como as concentrações das doses serem reduzidas, possibilitam uma redução na probabilidade da ocorrência de efeitos adversos sistêmicos (CONLON; SAHEB; AHMED, 2017).

## Latanoprosta

A latanoprosta foi o primeiro representante dos análogos da prostaglandina para tratamento do glaucoma. Esse agente é um agonista α2-adrenérgico altamente seletivo, amplamente utilizado em pacientes diagnosticados com glaucoma de ângulo aberto ou hipertensão ocular. Sua administração é realizada por meio de solução estéril tópica, onde 1 gota é instilada no olho afetado

a noite, promovendo uma redução média da pressão intraocular em cerca de 30%, por meio do aumento do fluxo uveoescleral e redução da produção do humor aquoso (DAI et al., 2018).

Após sua administração desse análogo da prostaglandina, ocorre uma rápida absorção pela córnea, de modo que o pró-fármaco do éster isopropílico é hidrolisado a forma ácida, tornando-se biologicamente ativo. O latanoprosta apresenta um rápido início de ação, onde observa-se a redução inicial da pressão intraocular em cerca de 3 a 4 horas após a administração, com manutenção dos níveis pressóricos por pelo menos 24 horas (CONLON; SAHEB; AHMED, 2017).

Após a administração tópica, o ácido ativo de latanoprosta alcança a circulação sistêmica e posteriormente é metabolizado pelo fígado, apresentando um rápido tempo de meia vida, em média de 17 minutos. Os produtos obtidos da sua metabolização são eliminados principalmente por via renal, onde cerca de 88% da dose administrada é recuperada na urina após administração tópica (TANG, et al., 2019).

Diversos estudos compararam a eficácia e a tolerância de diferentes análogos da prostaglandina. Desses, um estudo envolvendo 20 pacientes recentemente diagnosticados com glaucoma, cuja pressão intraocular média encontrava-se em torno de 25,1 ± 4,6 mmHg, foram incluídos para analisar o comportamento da pressão intraocular após início do tratamento medicamentoso com latanoprosta. Após 6 semanas do início da farmacoterapia a primeira avaliação foi realizada, e já foi possível observar uma redução dos valores da pressão intraocular para 19,8 ± 3,7 mmHg. Adicionalmente, resultados significativos também foram relatados no período de 3 meses, alcançando uma redução da pressão ainda mais significativa para 17,9 ± 2,2 mmHg (ÖZYOL; ÖZYOL; BALDEMIR, 2016).

Embora a latanoprosta seja bem tolerada e apresente um bom perfil de eficácia e uma boa margem de segurança entre a dose clínica ocular e a toxicidade sistêmica e ausência de interações medicamentosas clinicamente relevantes, efeitos adversos relacionados à região ocular são comumente observados, incluindo hiperemia conjuntival, alongamento e escurecimento dos cílios e aumento gradual do pigmento castanho da íris (DUTCA et al., 2018).

## Travoprosta

A travoprosta é um agonista seletivo do receptor prostanóide indicado para a redução intraocular em pacientes que apresentam glaucoma de ângulo

ISBN 978-65-86901-26-9

aberto ou de ângulo fechado. Sua administração é feita diretamente no olho afetado, por meio de uma gora à noite, não sendo recomendado mais que uma aplicação ao dia, visto que, o uso com maior frequência pode reduzir o seu efeito hipotensor (NAITO et al., 2016).

Após sua administração, o travoprosta absorvida através da córnea e sofre hidrólise pelas esterases na córnea, ocasionando a ativação do ácido livre biologicamente ativo. Como os demais fármacos da classe das prostaglandinas, sua ação está ligada diretamente à um aumento da eliminação do humor aquoso, tanto pela via trabecular quanto pela via uveoescleral, promovendo redução da pressão intraocular (LIM et al., 2019).

Esse agente é rapidamente absorvido, apresentando baixas concentrações plasmáticas do ácido livre e meia-vida plasmática em torno de 45 minutos. A travoprosta promove uma redução sustentada da pressão intraocular por 24 horas ou mais, possibilitando assim uma redução das flutuações da pressão no interior do olho. Sistemicamente, o seu ácido livre é metabolizado para metabólitos inativos e posteriormente excretado, onde 2% da dose tópica ocular de travoprosta é excretada na urina dentro de 4 horas (NAITO et al., 2016).

O travoprosta é amplamente utilizado no manejo do glaucoma devido aos seus efeitos e boa tolerabilidade. Estudos envolvendo de 191 pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto procuraram analisar a eficácia desse medicamento a longo prazo. Pôde-se observar que a travoprosta 0,004% em um período de 24 horas reduziu de forma significativa a pressão intraocular desses pacientes, saindo de 23,4 mmHg no início para aproximadamente 16,8 mmHg. Resultados favoráveis também foram observados com sua utilização durante 5 anos, onde foi possível constatar uma redução de aproximadamente 28% da pressão intraocular inicial (LOPES, HUBATSCH, AMARIS, 2015).

Estudos apontam que o travoprosta apresenta eficácia equivalente ou maior em relação latanoprosta e ao timolol, e pode ser considera como uma alternativa terapêutica para os pacientes que apresentem insucesso no controle pressórico com uso da latanoprosta. Assim como os demais análogos de prostaglandinas, o travoprosta pode levar ao surgimento de efeitos adversos locais, como hiperemia conjuntival, irritação ocular, prurido, dor ocular, ardor, alteração da coloração iriana, hiperpigmentação dérmica palpebral e alterações dos cílios (ALMODIN et al. 2019).

## Bimatoprosta

A bimatoprosta, outro representante dos análogos da prostaglandina é um agente antiglaucomatosos, caracterizada como um análogo sintético da prostaglandina F2x (PGF2x), demonstrando elevada atividade hipotensora ocular. Essa alternativa tem sido utilizada nos últimos anos para diminuir a pressão intraocular elevada em pacientes com glaucoma de ângulo aberto, glaucoma de ângulo fechado em pacientes submetidos previamente a iridotomia (LIU et al, 2020).

Existem evidências experimentais sugerindo que o bimatoprosta, diferente dos outros agonistas da prostaglandina latanoprosta e travoprosta, pode atuar como uma prostamida em seu próprio receptor, promovendo uma redução da pressão intraocular por meio de um aumento no fluxo de saída do humor aquoso através das malhas trabeculares e por um aumento do fluxo de saída uveoescleral (LI et al., 2016).

A administração da bimatoprosta 0,03% é realizada por meio de uma gota oftálmica estéril no olho afetado uma vez a noite, não excedendo uma dose única diária, visto que, o esquema terapêutico com administração única diária, à noite reduz de forma efetiva a pressão intraocular durante todo o período de 24 horas, apresentando resultado superior do que quando administrado duas vezes ao dia (ZHANG et al., 2019).

Após instilação, a bimatoprosta é absorvida através da córnea e esclera humana, atingindo concentrações plasmáticas de pico em 10 minutos. Esse agente sofre glucoronidação, hidroxilação, n-desetilação e então desamidação para formar uma variedade de metabólitos, que não são farmacologicamente ativos, reduzindo a pressão intraocular em inicia aproximadamente 4 horas, mantendo-a por pelo menos 24 horas. No sangue esse agente permanece principalmente no plasma, onde em média 12% da bimatoprosta permanece livre e meia vida de eliminação de aproximadamente 45 minutos (LIU et al, 2020).

Diversos estudos clínicos buscaram avaliar a eficácia da bimatoprosta, desses, um ensaio pôde constatar um efeito redutor promovido após a utilização desse agente, onde incialmente os pacientes com glaucoma de ângulo aberto que apresentavam pressão intraocular em média de 26 mmHg, alcançaram uma redução dos valores pressóricos em média de 7 – 8 mmHg. Além disso, foi observado uma redução melhor sustentada da pressão intraocular estatisticamente superior pela manhã administrado uma vez ao dia como monoterapia (CAMPOS; CID; NETO, 2018).

ISBN 978-65-86901-26-9

Além da bimatoprosta apresentar boa segurança e eficácia, não apresentando diferenças significativas entre pacientes idosos e outros pacientes adultos, efeitos adversos relacionados a sua utilização ainda são relatados. Um estudo envolvendo 129 pacientes com glaucoma foi possível observar a ausência de eventos adversos graves, relatando apenas hiperemia e hipertricose conjuntival, dermatite palpebral, coceira, ardência, dor ocular, sensação de corpo estranho, visão turva, dor de cabeça, mudança na cor da íris e pigmentação periocular (MSED, 2016).

## Tafluprosta

A Tafluprosta foi o quarto inibidor da prostaglandina a ser desenvolvido. Esse agente é um análogo da prostaglandina F2α, com afinidade para o receptor FP prostanóide 12 vezes maior do que a latanoprosta, e reduzido potencial de ligação com outros receptores, sendo indicado quando se deseja reduzir a pressão intraocular elevada no glaucoma de ângulo aberto ou hipertensão ocular, em monoterapia ou em terapia adjuvante a colírios betabloqueadores (TUMBOCON; MACASAET, 2019).

Esse agente pode ser utilizado em monoterapia ou em terapia adjuvante, por meio da administração de uma gota no olho afetado uma vez ao dia a noite, a dose não deve ser administrada mais de uma vez ao dia, pois a administração mais frequente pode diminuir o efeito redutor da pressão intraocular. Uma vez administrado sua absorção se dá pela córnea, onde o éster de isopropil é hidrolisado ao metabólito ácido biologicamente ativo. Após a primeira instilação observa-se uma redução da pressão intraocular entre 2 e 4 horas, por meio do aumento da drenagem uveoescleral do humor aquoso, mantendo-se por pelo menos 24 horas (KRUPA et al., 2017).

Esse agente apresenta uma boa segurança e eficácia, estudos envolvendo 329 olhos de 177 pacientes com glaucoma primário de ângulo aberto (GPAA) foram submetidos ao uso da tafluprosta afim de avaliar sua eficácia na redução da pressão intraocular. Inicialmente, a pressão intraocular média encontrada era de 23,44 mmHg, onde 3 meses após a administração do continua do medicamento, a pressão intraocular reduziu em média 6,18 mmHg e mantida durante todo o período do estudo de 12 meses (TUMBOCON; MACASAET, 2019).

A tafluprosta apresenta efeitos adversos reduzidos devido uma rápida eliminação. Estudos demonstraram que as concentrações médias do metabólito

ISBN 978-65-86901-26-9

do ácido de tafluprosta caíram abaixo do limite de quantificação no plasma (10 pg/mL) 30 minutos após a administração. Estudos envolvendo 724 avaliou as reações adversas mais comuns relacionadas ao uso do medicamento, dessas, a hiperemia ocular foi relatada em 14,2% dos pacientes, o que levou à descontinuação em 2,1% dos pacientes que participaram nestes estudos. Outros efeitos adversos como, prurido ocular, irritação ocular, dor ocular, crescimento dos cílios, ressecamento dos olhos, alteração de cor dos cílios, aumento de lacrimação, eritema da pálpebra, sensação de corpo estranho nos olhos e visão turva forma relatados (LEE et al., 2017).

Durante o processo de escolha do melhor agente hipotensor ocular deve-se levar em consideração fatores relacionados as particularidades de cada paciente como, doenças concomitantes e condição social, como também as características da ação de cada agente antiglaucomatosos e de seus efeitos colaterais. Uma vez que a alternativa terapêutica escolhida proporcione um alcance da pressão intraocular alvo, recomenda-se consultas periódicas de controle. Já nos casos que não se consegue atingir as metas terapêuticas, recomenda-se substituir ou associar outro hipotensor quando ocorrer redução da pressão intraocular inicial maior do que 10%, no entanto, se a redução for inferior a 10%, opta-se por substituir o tratamento inicial (NUZZI; TRIDICO, 2017).

## Limitações atuais

O tratamento tópico do glaucoma visa melhorar a qualidade de vida do paciente por meio da manutenção da visão com reduzidos efeitos adversos. No entanto, os pacientes geriátricos portadores de hipertensão ocular e glaucoma que diariamente utilizam colírios para fins terapêuticos apresentam maior risco do desenvolvimento de danos a superfície ocular, com sinais e sintomas variados (CAMPOS; CID; NETO, 2018).

Estudos apontam que os danos e efeitos adversos relatados na superfície ocular podem estar relacionados a presença conservantes nas preparações comerciais disponíveis, o que pode prejudicar a tolerância tópica desses antiglaucomatosos durante o uso de longo prazo devido aos efeitos tóxicos e pró-inflamatórios relatadas. Tal limitação leva à uma redução significativa na adesão terapêutica, onde até 70% dos pacientes não aderem a seus medicamentos no primeiro ano, levando a complicações oculares como hiperemia,

dor, queimação e desconforto ocular, e situações mais graves como a perda da visão (CONLON; SAHEB; AHMED, 2017).

Outra importante limitação está relacionada com os custos do tratamento para glaucoma, uma vez que os custos em saúde relacionados à síndrome tendem a aumentar com a severidade da doença e quando o diagnóstico é feito em fase tardia da doença. Dessa forma, é de suma importância um planejamento de ações que tenham como finalidade a diminuição do impacto econômico e social provocado pela doença (GUEDES et al., 2016).

## Conclusão

A terapia médica de primeira escolha para pacientes geriátricos acometidos por glaucoma continua sendo por meio da administração de colírios antagonistas da prostaglandina, devido apresentarem melhor capacidade de redução da pressão intraocular com excelente perfil de segurança sistêmica. Apesar disso, as opções comerciais disponíveis atualmente estão associadas a vários efeitos adversos oculares que podem ser de particular relevância nos baixos índices de adesão terapêutica.

Nesse sentido, novas formulações sem conservantes, utilizando novos agentes capazes de apresentar o efeito hipotensor com atividade em diferentes tecidos oculares, administrados por meio de sistemas inovadores são necessários, afim de reduzir o desconforto e os efeitos colaterais locais e sistêmicos em longo prazo e consequentemente aumentar a adesão à terapia tópica.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALMODIN, J. et al. Eficácia do travoprosta 0,004% na redução da pressão intraocular em pacientes com glaucoma. **Rev. bras.oftalmol**. Rio de Janeiro, vol.78, p. 27-29, jan/fev. 2019.

BOYD, K. Who Is Glaucoma? **Health News.** Waltham, v. 6, n. 9, p. 1-13, aug. 2019.

BUCOLO, C. et al. Novel Therapeutics in Glaucoma Management. **Curr Neuropharmacol.** San Francisco, v. 16, n. 7, p. 978 -992, ago. 2018.

CONLON, R; SAHEB, H; AHMED, I. I. Glaucoma treatment trends: a review. . Oxford, v. 52, n. 1, p. 114-124, fev. 2017.

DAI, H. et al. Therapeutic efficacy of latanoprost on primary open angle glaucoma. **Medicine (Baltimore)**. Baltimore, v. 97, n. 51, e13833, dez. 2018.

DONEGAN, R. K; LIEBERMAN, R. L. Discovery of molecular therapeutics for glaucoma: Challenges, successes, and promising directions. **J Med Chem**. Washington Dc, v. 59, n. 3, p. 788–809, ago. 2017.

DUTCA et al. Effects of sustained daily latanoprost application on anterior chamber anatomy and physiology in mice. **Sci Rep**. London, v.8, n.13088, aug. 2018.

GAUTHIER, A. C; LIU, J. Neurodegeneration and Neuroprotection in Glaucoma. **Yale J Biol Med**. New Haven, v. 89 n. 1, p. 73–79, mar. 2016.

GRECO, A. et al. Emerging Concepts in Glaucoma and Review of the Literature. **Am J Med**. New York, v. 129, n. 9, p. 1000.e7-1000.e1, sep. 2019

GUEDES, R. A. P. et al. Custo-utilidade do tratamento do glaucoma primário de ângulo aberto no Brasil. **Rev. bras.oftalmol**. Rio de Janeiro, v.75, n. 1, p. 7-13, jan./feb. 2016.

GUPTA, D; CHEN, P. P. Glaucoma. **Am Fam Physician**. Kansas City, v. 93, n. 8, p. 668-74, apr. 2016.

HARASYMOWYCZ, P. et al. Medical Management of Glaucoma in the 21st Century from a Canadian Perspective. **J Ophthalmol**, 2016:6509809, nov. 2016.

KRUPA, M. et al. A Novel Convergent Synthesis of the Potent Antiglaucoma Agent Tafluprost. **Molecules**. Basel, v. 22, n. 2, p. 217, jan. 2017.

LEE, M. et al. Efficacy and tolerability of preservative-free 0.0015% tafluprost in glaucoma patients: a prospective crossover study. **BMC Ophthalmol.** London, v. 16, n. 61, p. 1 – 8, abr. 2017.

LI, X. et al. Effects of Latanoprost and Bimatoprost on the Expression of Molecules Relevant to Ocular Inflow and Outflow Pathways. **PLoS ONE**. San Francisco, v. 11, n. 3, e0151644, mar. 2016.

LIM, C. W. et al. Effect of 6-week washout period on intraocular pressure following chronic prostaglandin analogue treatment: a randomized controlled trial. **Can. J. Ophthalmol**. New York,v. 55, n. 2, p. 143-151, apr. 2020.

LIU, H. et al. Efficacy of bimatoprost for the treatment of primary open-angle glaucoma. **Medicine (Baltimore)**. Hagerstown, v. 99, n. 23, e20356, jun. 2020.

LOPES, J. F; HUBATSCH, D, A; AMARIS, P. Effect of benzalkonium chloride–free travoprost on intraocular pressure and ocular surface symptoms in patients with glaucoma previously on latanoprost: an open-label study. **BMC Ophthalmol**. London, v. 15, n. 166, p. 2-6, nov. 2015.

LOUREIRO, F. L. B; FELIX, K. A. C. Perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com glaucoma atendidos em um ambulatório no interior da Amazônia. **Rev. bras.oftalmol**., Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 12-20, jan. 2020.

MSED - Meyler's Side Effects of Drugs. Bimatoprost. The International Encyclopedia of Adverse Drug Reactions and Interactions. 16Ed. P. 986-987. 2016.

NAITO, N. et al. Sustainability of Intraocular Pressure Reduction of Travoprost Ophthalmic Solution in Subjects with Normal Tension Glaucoma. **Adv Ther**. Metuchen, v. 33, p. 435– 446, feb. 2016.

NUZZI, R; TRIDICO, F. Glaucoma: Biological Trabecular and Neuroretinal Pathology with Perspectives of Therapy Innovation and Preventive Diagnosis. **Front Neurosci**, Lausanne, v. 11, n.494, p. 1 – 22, sep. 2017.

OPAS, Organização Pan-americana de Saúde. Organização Mundial da Saúde lança primeiro relatório mundial sobre visão. **OPAS Brasil**, 2019.

RODRÍGUEZ, M. M; HERNÁNDEZ, S. M. L; MASÓ, S. R. Low vision and population aging. **Rev Cubana Oftalmol**, Havana City, v.29, n. 3, p. 492-501, jul-set. 2016.

TANG, W. et al. Efficacy and safety of prostaglandin analogues in primary open-angle glaucoma or ocular hypertension patients. **Medicine (Baltimore)**, Hagerstown, v. 98, n. 30, e16597, jul. 2019.

TUMBOCON, J. A; MACASAET, A. M. Efficacy and safety of tafluprost 0.0015% – retrospective analysis of real-world data from the Philippines. **Clin Ophthalmol.** Auckland, v. 13, p. 1627–1634, aug. 2017.

TUMBOCON, J. A; MACASAET, A. M. Efficacy and safety of tafluprost 0.0015% – retrospective analysis of real-world data from the Philippines. **Clin Ophthalmol**, v. 13, p. 1627-1634, jul. 2019.

YADAV, K. S; RAJPUROHIT, S; SHARMA, S. Glaucoma: Current treatment and impact of advanced drug delivery systems. **Life Sci**. Oxford, v. 15, n. 221, p. 362-376, feb. 2019.

ZHANG, X. et al. Ocular Surface Disease and Glaucoma Medications: A Clinical Approach. **Eye Contact Lens**, Hagerstown, v. 45, n.1, p. 11–18, jan. 2019.

# A INTERDISCIPLINARIDADE PELA ÓTICA GERONTOLOGICA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Rodrigo de Oliveira Aureliano[1]
Cirlene Francisca Sales da Silva[2]

**Resumo:** O objetivo geral deste artigo foi descrever a relação entre o crescente processo de envelhecimento populacional na contemporaneidade e o consequente aumento de profissionais e serviços de cuidados à pessoa idosa, numa perspectiva sistêmica, visando a promoção da saúde dessa população. Utilizamos como método a revisão narrativa da literatura clássica e contemporânea, e uma inserção do olhar do profissional de Gerontologia no cuidado interdisciplinar. Este olhar interdisciplinar sugere a comunicação entre os saberes profissionais distintos, com foco na construção do cuidado cooperativo. Como conclusão, verificamos à necessidade de incluir a interdisciplinaridade como elemento de promoção à saúde da pessoa idosa, pelo caráter complexo que possui, fomentando a comunicação entre os diferentes conhecimentos profissionais.

**Palavras-chave:** Idoso; Envelhecimento; Práticas Interdisciplinares; Qualidade de vida, Assistência integral à saúde.

1 Pós-Graduando em Gerontologia da Universidade Católica de Pernambuco - PE, rodrigoaureliano@hotmail.com

2 Drª em Psicologia Clinica da Universidade Católica de Pernambuco – PE, cirlene.silva@unicap.br

## Introdução

O envelhecimento populacional na contemporaneidade é um fenômeno decorrente de múltiplos fatores ocorridos nas últimas décadas. Dentre os fatores temos o incentivo do crescimento populacional no pós guerra na segunda metade do século XX, seguido de uma crescente produção da indústria farmacêutica para o tratamento de comorbidades e aumento da expectativa de vida, o desenvolvimento de políticas de saúde pública com foco nos cuidados, um avanço em tecnologias para a longevidade e paralelo um desenvolvimento do conhecimento sobre o processo de envelhecimento. Entre 1950 e 1979, foram publicados mais estudos sobre velhice do que nos 115 anos precedentes (NETTO, 2016, p.106). Em consequência deste fenômeno, o surgimento de diversos cursos de especialização focados na Gerontologia e no envelhecimento humano. Como constatado por Netto (2016, p. 111):

> Ao lado dos serviços de Geriatria começaram a prosperar atividades de áreas não médicas da Gerontologia. Em 1982, o Instituto Sedes Sapientiae criou o primeiro curso de Gerontologia e, a partir de então, outros foram organizados, marcando o processo de ingresso da universidade na área do envelhecimento (Neri, 2000). Em verdade, o ingresso da universidade na área do estudo da velhice, segundo Neri (2000), que vem ocorrendo desde meados de 1970, foi lento, seletivo e gradual e manifestou-se também na produção esparsa de teses e dissertações sobre a velhice e o envelhecimento. Esse processo acentuou-se nitidamente na década de 1990, principalmente na região Sudeste e em cursos de pós-graduação e psicologia, educação, ciências sociais, saúde pública, enfermagem e medicina.

Paralelamente ao processo de envelhecimento da população, uma série de profissionais tem buscado o conhecimento e a formação em gerontologia, para auxiliá-los no atendimento à população idosa em todas as suas complexidades, sejam elas as sociais, biológicas ou emocionais. Esta realidade de crescimento também se reflete em uma série de serviços para este público idoso e fomenta um aspecto de grande importância quando falamos em cuidados que é a interdisciplinaridade, tema que ganha espaço no âmbito das múltiplas especialidades de atendimento à pessoa idosa. Segundo Neri e Pavarani (2016, p. 3550-3551):

> A evolução dos processos de formação de recursos humanos na atuação com idosos é relativamente recente no Brasil, ecoando a internacionalização da Gerontologia promovida por várias sociedades científicas europeias e norte-americanas e acompanhando as mudanças sociais ocorridas nos últimos 50 anos, entre elas o envelhecimento da população brasileira. O crescimento das universidades brasileiras e, dentro delas, da oferta de uma variedade crescente de cursos alinhados com as novas necessidades da sociedade, resultou na criação de novos cursos de graduação e pós-graduação, entre eles os de Gerontologia. Ao mesmo tempo, vem aumentando a pesquisa sobre velhice, os idosos e os processos de envelhecimento, principalmente a partir dos esforços dos programas de mestrado e de doutorado, bem como de serviços especializados de atenção aos idosos, dentro da Universidade. Embora o Brasil venha acompanhando as tendências internacionais, avançando na formação de recursos humanos e na construção da profissão de gerontólogo, há ainda um longo caminho a ser trilhado. A médio e longo prazos, caberá aos profissionais formados pelos novos cursos e programas de Gerontologia contribuir para despertar o interesse de diferentes setores da sociedade pela pesquisa e pelos serviços de atenção aos idosos. Seus parceiros nesse processo são a Universidade, o governo, o comércio, a indústria, o setor de serviços, os meios de comunicação de massa, as sociedades científicas e profissionais e os pesquisadores e praticantes de áreas afins à Gerontologia. Dos confrontos e cooperações entre todos esses agentes deverão resultar novas fronteiras para a atenção aos idosos, para várias profissões, para a Gerontologia e para a pesquisa sobre o envelhecimento humano no Brasil.

A motivação, o envolvimento com a continuidade e o bem-estar de indivíduos e grupos, da sociedade e da humanidade em geral nos remeta à geratividade, que é a ação gerativa para criação, manutenção e oferta de ações em prol do envelhecimento (NERI, 2005, p. 190). A pessoa idosa, possui necessidades biopsicossociais e o atendimento à estas, precisa ser assistido por políticas públicas que orientem o funcionamento destas múltiplas necessidades desde a infância até a velhice, com foco na garantia do bem-estar biopsicossocial de cada sujeito. O processo de envelhecimento precisa ocorrer com qualidade, segundo Cavalcanti (2018, p. 200-201):

> O envelhecimento acontece desde o nascimento, são mudanças lentas e, quando bem administradas, o ser humano entende que pode permanecer com qualidade de vida sem perder o controle total da mente, da espiritualidade e da saúde física. É preciso

> entender o envelhecimento biológico, social e cultural. Assim, a aceitação do envelhecimento não será tão árdua; será mais acomodada, fazendo o ser humano sentir-se útil, jovial e não velho. [...] Podemos dizer que hoje os "envelhescentes", já se permitem viver com qualidade de vida, procurando ser ativos, participativos e produtivos. Eles já entendem sobre prevenções em saúde física e mental, para manter-se mais capacitados e encontrando mais sentido na vida.

A ideia dessa revisão surgiu da convivência em sala de aula, por ocasião do curso de Pós-graduação lato sensu de Gerontologia pela Universidade Católica de Pernambuco, na observação da multiplicidade de profissões que se interessaram pelo assunto e como suas práticas objetivam o atingimento da saúde da pessoa idosa. A convivência gerou um corpo interdisciplinar que de forma integrada, nos objetivos e metas, buscou a promoção da saúde para a pessoa idosa na teoria e fomentou a prática deste aprendizado.

## Metodologia

Para o desenvolvimento deste artigo foi realizada uma revisão narrativa da literatura clássica sobre o tema. Também uma busca eletrônica de artigos científicos, utilizando um amplo recorte temporal, aplicando-se a pesquisa por palavras-chave: práticas interdisciplinares, idoso, qualidade de vida, assistência integral à saúde, envelhecimento, todas estas palavras sendo descritores referenciados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no SciELO - Scientific Library Electronic, *e* na plataforma *Scholar Google*. Utilizando-se os artigos que contemplassem em várias possibilidades a prática de atividades interdisciplinares nos cuidados. Atravessando esta revisão por um relato de experiência como Especialista em Gerontologia em formação, do curso de pós-graduação *lato sensu* em Gerontologia, na terceira turma da Universidade Católica de Pernambuco, sobre quais os aprendizados o processo de interdisciplinaridade no curso de Gerontologia proporcionou, e como este aprendizado é um fator de promoção da saúde da pessoa idosa.

## Resultados e discussão

O transpasse da cultura nos cuidados pode ser um aspecto determinante de como este cuidado é realizado, muitas vezes um modelo de cuidado é cultural, é repassado entre gerações e se repete de forma universal, como nas

práticas mais usuais, observadas nos cuidados da pessoa idosa. Entretando podemos notar uma mudança significativa na atualidade. A redução no tamanho das famílias, as mudanças nas configurações familiares e o aumento da participação das mulheres na força de trabalho fazem com que haja menos pessoas disponíveis para ajudar nos cuidados (FLESCH et al, 2016, p.3302).

É necessária uma compreensão da totalidade do sistema, de sua complexidade, para se desenvolver um novo modelo de cuidado, o foco da promoção da saúde precisa ser maior que a cura da doença, o normal não é um conceito estático, e sim dinâmico, é preciso uma constante busca de equilíbrio no sujeito (CANGUILHEM, 2009, p. 109). O cuidado não pode ser apenas evitar a morte, mas garantir a vida plena, com qualidade e dignidade. Proporcionar ao idoso sua fala ativa e sua comunicação, respeito, autonomia, aprendizado e tantas as outras possibilidades que ele queira. Temos em Netto (2016, p. 112):

> Os múltiplos aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento clamam para a necessidade de propiciar à pessoa idosa atenção abrangente à saúde, colocando em prática o preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Busca-se com isso não somente o controle das doenças, mas, e principalmente, bem-estar físico, psíquico e social, ou seja, em última análise, a melhora da qualidade de vida, tema que será abordado neste livro no Capítulo 7, revisto a atualizado por Paschoal. A atenção passa a ser prioritariamente multidimensional e, portanto, para atender a essa diretriz é importante a participação de outros profissionais da saúde, além do médico que, em conjunto, respeitando-se a especificidade de cada área e de cada caso, definirão a melhor conduta a ser seguida.

Nesse sentido, o cuidado acontece na prática adotada pela equipe responsável pelos serviços prestados ao idoso, e nesse movimento é que a interdisciplinaridade deve aflorar como um campo de forças que orbita o idoso, e que acontece respaldado nas políticas de atenção à saúde. Política essa que transcreve na sua norma o cuidado realizado por equipes multiprofissional.

As políticas públicas tendem a garantir uma melhor promoção da saúde e bem-estar para as pessoas idosas no âmbito coletivo e individual. A seguridade social no Brasil, para o suporte à pessoa idosa, é composta junto à previdência social pelas políticas de saúde, suportadas na prática pelo atendimento junto ao Sistema único de Saúde (SUS). Esta garantia foi construída pelos diversos mecanismos de políticas públicas como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994), Política Nacional de Saúde do

Idoso (Portaria1.395, de 09 de dezembro de 1999), o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1° de outubro de 2003), e no ambito estadual, em Pernambuco, a Política Estadual do Idoso (Lei 12.109, de 26 de novembro de 2001). Ainda existem vários instrumentos internacionais como Convenção Internacional de Promoção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, aprovado em junho de 2015 pela Organização dos Estados Americanos (OEA). A Gerontologia também teu seu papel como agente de construção destas garantias, de acordo com Netto (2016, p.110):

> O último dos quatro fatores propulsores dos estudos sobre a velhice, que se deveu ao processo de internacionalização da Gerontologia promovido pelos países desenvolvidos, sob a égide da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi, possivelmente, o estímulo que faltava para que despontasse o interesse pelo estudo da velhice no Brasil. Assim, em 1961, foi fundada a Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG), que teve como primeiro presidente Roberto Sagadas. Posteriormente, mais precisamente em 1968, graças à inclusão de sócios não médicos, passou a ser designada Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Essa entidade tem hoje em seu quadro profissionais das mais diversas formações, cujo interesse são as questões relacionadas com as várias áreas de estudo do envelhecimento.

A promoção da saúde acontece na medida em que a interdisciplinaridade realiza a intersecção entre os diversos saberes e conhecimentos dos profissionais que se relacionam com a pessoa idosa. O ponto focal deve ser a harmonia entre as práticas buscando um equilíbrio biopsicossocial da pessoa idosa, extrapolando a simples convivência dos múltiplos profissionais, mas tendo o objetivo final de compor uma rede de complexos saberes e fazeres, atuando concomitantemente no objetivo da promoção da saúde.

A complexidade está cada vez mais presente nas relações e modos de vida da contemporaneidade. Os princípios da complexidade explicam a complexidade humana inter-relacionando conceitos complexos como indivíduo/cultura, indivíduo/espécie/sociedade/cultura, sapiens/demens, uno/múltiplo e outros (MARTINAZZO, 2005, P. 77). Todo movimento, seja ele de conhecimento, aprendizado, realização e socialização tem que ser perpassado por diversos saberes, não existe um conhecimento exclusivo ou absoluto na contemporaneidade. Segundo Morin (2000b, p.330) citado em Martinazzo (2004, p. 50) o paradigma da complexidade nomeia o conjunto dos principios

de inteligibilidade que, ligados, poderiam determinar as condições de uma visão complexa do universo. Ainda sobre a complexidade, Morin (2000, p. 38-39) diz:

> O conhecimento pertinente deve enfrentar a complexidade. O *Complexus* significa o que foi tecido junto; de fato, há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. Os desenvolvimentos próprios a nossa era planetária nos confrontam cada vez mais e de maneira cada vez mais inelutável com os desafios da complexidade. Em consequencia, a educação deve promover a "inteligencia geral" apta a referir-se ao complexo, ao contexto, de modo multidimensional e dentro da concepção global.

A teoria dos sistemas reúne sincreticamente os elementos mais diversos [...] Mas esse caldo cultural suscitou contribuições em geral muito fecundas em sua própria diversidade (MORIN, 2005 p. 23). A teoria tem seu papel neste entendimento da complexidade e no atravessamento dos diversos saberes que cada profissional precisa ter para prestar um serviço de cuidado focado no bem estar e qualidade da saúde das pessoas idosas. Em Morin (2005, p.68) temos:

> Pode-se dizer que o que é complexo diz respeito, por um lado, ao mundo empírico, à incerteza, à incapacidade de ter certeza de tudo, de formular uma lei, de conceber uma ordem absoluta. Por outro lado diz respeito a alguma coisa de lógico, isto é, à incapacidade de evitar contradições.
>
> Na visão clássica, quando surge uma contradição num raciocínio, é um sinal de erro.
>
> É preciso dar marcha a ré e tomar um outro raciocínio. Ora na visão complexa, quando se chega por vias empírico-racionais a contradições, isso não significa um erro, mas o atingir de uma camada profunda da realidade que, justamente por ser profunda, não encontra tradução na nossa lógica.

Interdisciplinaridade não é invadir o espaço do outro e sim trabalhar na construção de um objetivo comum. É promover a aproximação dos diferentes

saberes que são transversais no sujeito e trabalhar com o intuito deste encontro acontecer. Reconhecer a complexidade do conhecimento, nos ajuda a compreender o poder que as ideias impõem sobre a organização humana para não sermos dizimados por elas (MARTINAZZO, 2004). Este olhar do objetivo comum, pela ótica da especialização em Gerontologia, é traduzido no cuidado à pessoa idosa de forma sistêmica.

Não podemos utilizar o critério da interdisciplinaridade para perder o foco das questões específicas de cada profissão, até porque é justamente nas questões particulares de cada especialidade onde a interdisciplinaridade precisa emergir, para que os múltiplos profissionais entendam o papel do outro, e busque o atendimento mais eficaz.

O especialista em gerontologia entra nesse contexto como um intermediador destas especialidades, um elo de promoção da interdisciplinaridade. O especialista em gerontologia é o mediador mais apropriado para orientar e direcionar o processo, é o profissional mais preparado para entender o conceito interdisciplinar em consequência da multiplicidade de seu aprendizado teórico e porque não arriscar dizer que o especialista em gerontologia é o principal ator no papel de difundir a interdisciplinaridade. Entendendo que difundir é fomentar a possibilidade do profissional se deslocar do seu papel, de sua zona de conforto, e se colocar no lugar do outro, não de forma substitutiva ou ocupando o lugar de outras profissões, mas na forma colaborativa, buscando integrar, melhorar, crescer, com respeito e consideração, com as particularidades de cada profissional.

O envelhecimento é um processo transpassado por múltiplos aspectos, entre estes aspectos, temos o social, o cultural, os da individualidade e da coletividade, os familiares além dos bio-fisiologicos inerentes à passagem do tempo. O envelhecimento altera de forma impactante os níveis de autonomia e independência do sujeito para realização de suas atividades de vida diárias (AVD). Possui um caráter multidimensional, atinge não só o próprio sujeito, os eventos que marcam a vida pessoal dos idosos também marcam as relações familiares (RABELO, 2017, p.3387) e o ambiente, criando configurações sociais e emergindo a real necessidade de adoção de novas formas e ferramentas, de lidar com este processo.

As diversas formas de tecnologia facilitaram e fomentaram a comunicação entre as diferentes especialidades envolvidas no cuidado. A comunicação é a ferramenta chave para dirimir conflitos e desenvolver a interdisciplinaridade.

Escutar as práticas que são empregadas, discutir, aceitar, são as etapas necessárias para construir um diálogo voltado para a promoção da saúde.

Quando utilizamos a teoria sistêmica e o pensamento complexo (MORIN, 2015) para entender a interdisciplinaridade verificamos que as diversas formas de pensar e fazer seus ofícios se integram num único objetivo que é a promoção da saúde. Os aspectos individuais são ultrapassados pelo conjunto de acontecimentos cotidianos, o homem participa do mundo como agente transformador da vida. Seu comportamento singular cria uma onda de influências no social de maneira objetiva e subjetiva.

As profissões na atualidade sofrem constantes questionamentos sobre sua longevidade e necessidade futura. Segundo Morin (2012, p. 47) hoje, as forças de morte são mais velozes que as forças portadoras de vida [...] a ideia da necessária revolução nas relações humanas, sociais, internacionais, espalha-se. As possibilidades de extinção de profissões e de surgimento de outras tem levado, diversos profissionais de diferentes áreas a se questionarem qual o seu futuro próximo e o que fazer para sobreviver enquanto profissional. Nas áreas da saúde e dos cuidados às pessoas idosas não é diferente. Os profissionais dos cuidados, sofrem influências das relações sociais, das mudanças demográficas, da diversidade cultural, da economia, da tecnologia, do clima, da natureza, do sistema. Enfim, uma série de elementos que os fazem questionar sobre sua perpetuação futura. Temos o conhecimento como o elemento chave para o futuro das profissões, segundo Morin ( 2000, p.35 ):

> O conhecimento do mundo como mundo é necessidade ao mesmo tempo intelectual e vital. É o problema universal de todo cidadão do novo milênio: como ter acesso às informações sobre o mundo sobre o mundo e como ter a possibilidade de articulá-las e organizá-las? Como perceber e conhecer o Contexto, o Global (a relação todo/partes), o Multidimensional, o Complexo? Para articular e organizar os conhecimentos e assim reconhecer e conhecer os problemas do mundo, é necessária a reforma do pensamento. Entretanto, esse reforma é paradigmática e , não, programática: é a questão fundamental da educação, já que se refere à nossa aptidão para organizar o conhecimento.

A interdisciplinaridade profissional, no seu conceito de integrar as diferentes práticas de promoção à saúde, trabalha elementos individuais e comuns, práticos e teóricos, de cada profissão, porém os vê como elementos que transpassam o sujeito ao longo de sua vida de formas simultâneas, interferem uns nos outros e se unem com o mesmo objetivo. O foco é atender as necessidades

do sujeito de maneira complexa, holística, vinculando todas as ações na busca da promoção da saúde da pessoa idosa. Um atendimento interdisciplinar também fortalece a harmonia entre os profissionais e gera um resultado vivo e produtivo, uma verdadeira rede em sinergia.

Neste universo de interdisciplinaridade no atendimento à pessoa idosa temos a enfermagem, o serviço social, o serviço de fisioterapia, serviço de fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, clínica médica, nutrição, geriatria, odontologia, educação, e outras múltiplas especialidades. Estas especialidades compõem a rede de assistência aos cuidados da pessoa idosa num contexto de um atendimento complexo onde a promoção da saúde é o principal objetivo. Uma avaliação biopsicossocial é fundamental num processo de acompanhamento gerontológico. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é uma ferramenta importante para proposição de uma mudança de hábitos, segundo Freitas, Costa e Galera (2016, p.416):

> A AGA é um processo diagnóstico multidimensional, geralmente interdisciplinar, para determinar as deficiências , incapacidades e desvantagens do idoso e planejar o seu cuidado e assistência a médio e longo prazos, tanto do ponto de vista médico como psicossocial e funcional. A diferença da AGA para um atendimento médico habitual é que ela prioriza o estado funcional e a qualidade de vida, utilizando instrumentos de avaliação (testes, índices e escalas), facilitando a comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar e a comparação evolutiva.

Juntamente com a AGA é necessário desenvolver uma prática de atuação interdisciplinar com foco na promoção da saúde global de maneira holística e equilibrada. Segundo Netto (2015, p. 122):

> Os múltiplos aspectos do processo de envelhecimento e da velhice justificam a noção já exposta de que o estado de saúde transcede os limites puramente biológicos, e mais que o controle das doenças, o objetivo maior é a melhora da qualidade de vida. Para atender a essa visão abrangente de saúde deve ser levada em consideração e complexa inter-relação dos aspectos físicos, funcionais e psicológicos da saúde e da doença, além das condições socioeconômicas e dos fatores ambientais. Para pôr em prática esse reconhecimento é necessária uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, preferentemente realizada por uma equipe interdisciplinar.

ISBN 978-65-86901-26-9

Nesta revisão, buscamos dialogar, dentre as especialidades estudadas, com foco no bem-estar global do idoso. Aprofundar a interdisciplinaridade é essencial como ferramenta de compreensão e desenvolvimento dos serviços de cuidados individuais e coletivos, na busca de ampliar as boas práticas desenvolvidas, estruturando um pensamento de atendimento em rede.

É preciso um olhar da complexidade para o assunto, por sua capacidade de entender de forma sistêmica as múltiplas dimensões da saúde e os múltiplos elementos que se inter-relacionam em cada ser vivo. De forma compreensivista refletir sobre cada especialidade específica e como estas se relacionam no sujeito.

As pessoas idosas sofrem perdas inerentes ao envelhecimento, estas perdas são naturais e precisam ser apoiadas por uma rede de serviços e cuidados à pessoa idosa. A redução de habilidades precisa ser suportada com um apoio dos profissionais de saúde além da família e da própria comunidade onde o idoso está inserido. Os idosos, por terem sua capacidade fisiológica de trabalho reduzida, à qual podem se associar uma ou mais doenças crônicas, não têm como enfrentar uma competição desigual, dando origem à sua marginalização (NETTO, 2016, p.108). A perda de habilidades pode tornar o idoso mais frágil e susceptível a situações de risco do cotidiano, tanto biológicas como comportamentais ou sociais.

A integração interdisciplinar é de extrema importância para o sucesso de um modelo de atendimento de múltiplas especialidades. É preciso enxergar além da especialidade em contato com o idoso. Os cuidados à pessoa idosa precisam ser cuidados de caráter colaborativos, realizados com foco e atenção, valorizando seu bem-estar, sua saúde, sua cognição, e todas as suas complexidades e necessidades. É necessária a perspectiva interdisciplinar do cuidado com foco na mais efetiva eficácia da ação porfissional.

## Considerações finais

O paradigma da saúde e doença está muito enraizado no pensamento da contemporaneidade, ele pode ser entendido quando temos a saúde representada pela ausência da doença e vice-versa, entretanto num olhar sistêmico a saúde e doença coabitam no sujeito simultaneamente e a busca deste equilíbrio é primordial para se chegar ao bem estar global do sujeito. A abordagem interdisciplinar para os cuidados segue a mesma linha do pensamento complexo, uma determinada especialidade tem por objetivo tratar sua comorbidade foco,

ISBN 978-65-86901-26-9

porém sem deixar de enxergar as várias outras comorbidades que atravessam o sujeito. Nesse caso o olhar sistêmico é necessário para identificação e tratamento das multíplas necessidades concomitantes no sujeito. Áreas como odontologia, geriatria, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, educação física, nutrição, terapia ocupacional, são envolvidas nesta abordagem sistêmica. Ainda se faz necessária a inclusão dos setores de assistência social, a educação, a justiça com os direitos humanos, a arquitetura com o planejamento dos espaços públicos, áreas estas elencadas no curso de especialização em Gerontologia.

As comorbidades do sujeito precisam ser avaliadas de forma ampla, as queixas não podem ser individualizadas quando estamos olhando para a pessoa idosa de forma sistêmica. Na perspectiva sistêmica cada elemento busca atuar na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa, tendo como foco, gerar uma melhora global no indivíduo. Muitas vezes uma queixa principal de uma comorbidade pode esconder uma série de outros sintomas que acometem o idoso. Ao compartilhar o diagnóstico das múltiplas especialidades, pode ser proposto um plano de cuidado mais eficaz para o idoso. Para continuidade deste atendimento interdisciplinar é preciso que o diálogo entre as especialidades seja sempre estimulado, e uma forma de estimular este diálogo é criar uma rotina de comunicação e troca de informações entre as áreas de forma sistemática. Uma opção para a troca destas informações quando não se há possibilidade de reuniões entre os profissionais, é a criação de um diário do idoso, um instrumento em que se faz todos os relatos dos acontecimentos com o idoso, os protocolos terapêuticos utilizados para cada atendimento, as séries e intensidades de exercícios, as dinâmicas da psicoterapia com analise dos quadros de comprometimento emocional, inclusive com a dinâmica relacional da família do idoso. Ainda o cardápio e frequência de alimentação bem como as preferências de ingesta alimentar e necessidades de suplementação. As locomoções do idoso para atividades externas, atividades de lazer e frequência de descanso, a relação dos fármacos prescritos e frequência de uso com a análise das questões da poli farmácia. Este instrumento precisa ser disponibilizado para os profissionais que se intercalam no atendimento ao idoso.

A busca pelo acompanhamento multidisciplinar no processo de envelhecimento não se dá de forma planejada na sua maioria. O idoso com o passar do tempo, acumula múltiplos atendimentos profissionais, geralmente necessários, a medida em que as comorbidades vão se acentuando. Algumas destas necessidades de atendimentos são simplesmente inerentes ao processo de envelhecimento. Com o conhecimento prévio, das necessidades inerentes ao

ISBN 978-65-86901-26-9

processo de envelhecimento, pode o profissional de gerontologia se antecipar as necessidades e criar uma metodologia de atendimento interdisciplinar, a qual, deverá ser proposta ao indivíduo no ato da procura pelos serviços profissionais de prevenção à saúde e cuidados.

Como diversos especialistas afirmam que logo após o nascimento, iniciamos um processo de desenvolvimento, seguido pelo processo de envelhecimento, o ideal seria que o profissional de gerontologia, acompanhasse o indivíduo, o mais cedo na sua trajetória de vida. Esse acompanhamento deve abordar além dos aspectos biológicos seus aspectos sociais e psíquicos. O local do especialista em gerontologia precisa ser definido previamente pela necessidade de planejamento do envelhecimento. Muitas vezes o profissional das diversas especialidades que atendem ao idoso são procurados quando o idoso apresenta dores, dificuldades e restrições devido as comorbidades apresentadas. Trabalhar de forma preventiva, inclusive antevendo o surgimento da comorbidade é importante para diminuição da possibilidade de tornar-se crônicas e múltiplas as queixas que vão surgindo no processo de envelhecimento.

Mudar o foco multidisciplinar na promoção da saúde buscando um conceito interdisciplinar é fomentar o desenvolvimento de cada profissional, não só no saber fazer pessoal, mas também no saber fazer em rede. É dar passos no caminho da transdisciplinaridade, que é exercitar a saída do seu local de conforto para uma nova matriz de possibilidades de práticas e saberes. Estimulando o compartilhamento e a articulação dos saberes profissionais na perspectiva sistêmica e complexa do mundo, integrando o objetivo ao resultado em cada profissão, respeitando as suas diferenças, mas entendendo que o cuidado é sistêmico, o cuidado precisa ser aplicado em rede para que o sujeito se beneficie com os melhores resultados na saúde. A interdisciplinaridade não concorre, mas caminha junto compartilhando os resultados.

Cuidar em rede é cuidar do todo que cerca o indivíduo, cuidar de sua mobilidade, alimentação, atividades físicas, atividades sociais, o meio em que vive, a rua que trafega, o transporte que utiliza, o hospital que o atende, a comunicação que ele recebe , enfim, tudo que está inter-relacionado ao sujeito.

Na prática do cuidado interdisciplinar, o objetivo deve ser promover maior eficácia na resolução dos problemas que afetam a pessoa idosa. Não podemos esquecer a individualidade do sujeito, saber que cada história de vida, com as peculiaridades precisam ser preservadas. Inserir o idoso numa rotina de cuidados não quer dizer submete-lo a um protocolo padrão, mas garantir que ele seja reconhecido como o sujeito focal de um atendimento em

ISBN 978-65-86901-26-9

rede individualizado. Concomitantemente é preciso preservar o seu estilo de vida, respeitando os valores culturais, crenças, costumes, vínculos sociais e seu olhar sobre o mundo.

A interdisciplinaridade é elemento fundamental para uma promoção à saúde. Percebemos no decorrer desta análise de literatura e relato de experiencia, que o assunto não se finda no material pesquisado e que a multiplicidade de fatores que cercam o envelhecimento e os cuidados à pessoa idosa incitam uma larga discussão sobre o tema. Como sugestão baseada neste pequeno recorte, surge a necessidade de introdução de uma disciplina para promover a interdisciplinaridade nos cursos de Especialização em Gerontologia, com foco no diálogo das profissões da saúde e nos cuidados à pessoa idosa. Esta sugestão, como o próprio caráter complexo do relato explica, deve ser trabalhada nas multiplas especialidades que atuam na gerontologia com foco na promoção da saúde, sem perder o olhar para toda a complexidade da vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AZEVEDO, A. B.; PEZZATO, L. M. MENDES, R.; Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 647-657, abril, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000200647&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 de maio de 2020.

BARBOSA, A. S.; ANDREADE, G. C. L.; PEREIRA, C. O.; FALCÃO, I. V. A interdisciplinaridade vivenciada em um grupo de idosos de uma unidade de saúde da família do Recife. Revista Atenção Primária à Saúde. Minas Gerais, v. 19, n. 2, janeiro, 2016. Disponível em https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15414. Acessado em 16 de maio de 2020.

BARBOSA, M. E. M.; CORSO, E. R.; SCOLARI, G. A. S.; CARREIRA, L. Interdisciplinaridade do cuidado a idosos com doença de Alzheimer: reflexão à luz das teorias de Leininger e de Heller. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, e20190083, maio, 2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100501&lng=en&nrm=iso. Acessado em 23 de abril de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acessado em 02 de maio de 2020 às 20:00h

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acessado em 15 de maio de 2020 às 23:00h.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em http://

bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html Acessado em 16 de maio de 2020 às 12:40h.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. LEI Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm Acessado em 16 de maio de 2020 às 12:50h.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Subchefia para assuntos Jurídicos. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm Acessado em 16 de maio de 2020 às 12:20h.

CANGUILHEN, G.; (2009) O normal e o patológico. 6ª Edição. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: FORENSE

CAVALCANTI, M.B.; (2019) Envelhecer com qualidade In JUNIOR, J.L.C.; PESTANA, L. S.T.C.; SILVA, C.F.S. (orgs). Fórum Sobre Questões do Envelhecimento. Espiritualidade, saúde e envelhecimento. Recife: BAGAÇO. p. 199 - 201

CORREIA, L. M.; SILVA, J. W.; LIMA, H. L. C.; KRAKAUER, M.; Atendimento interdisciplinar do tratamento da dor orofacial. Relato de caso. BrJP, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 296-299, setembro, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2595-31922019000300296&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 23 de abril de 2020

FERIGOLLO, J. P.; KESSLER, T. M. Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional - prática interdisciplinar nos distúrbios da comunicação humana. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 147-158, março, 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462017000200147&lng=en&nrm=iso. Acessado em 23 de abril de 2020.

FERNANDES, J. M.; SANCHES, V.S.; MENDONÇA, M. K.; SANTOS, M. L. M.; BATISTON, A. P.; FERRARI, F. P.; Movimento “Carta

Verde" como Transformador da Realidade da Formação em Saúde. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 336-338, setembro 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300336&lng=en&nrm=iso. Acessado em 16 de maio de 2020.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. São Paulo. Disponível em http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf. Acessado em 16 de maio de 2020 às 14:40h.

FLESCH, L. D.; LINS, A. E. S.; CARVALHO, E. B. Cuidado Familiar a Idosos Física e cognitivamente Frágeis | Teoria, Pesquisa e Intervenção. In FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 3302 - 3314.

FREITAS, E. V.; COSTA, E. F. A.; GALERA, S. C. Avaliação Geral Ampla. In FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 3302 - 3314.

LIMA, D. K. R. R.; GUIMARAES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?. Saúde debate, Rio de Janeiro, v. 43, n. 122, p. 883-896, setembro, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300883&lng=en&nrm=iso. Acessado em 23 de abril de 2020.

MARTIN, D. Refletindo a formação interdisciplinar na pós-graduação. Saúde soc. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 57-65, março 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100008&lng=en&nrm=iso. Acessado em 16 de maio de 2020.

MARTINAZZO, C. J. (2004) A utopia de Edgar Morin: da complexidade à concidadania planetária. 2ª Edição. Ijuí: UNIJUÍ

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, dezembro, 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acessado em 16 de maio de 2020.

MORIN, E. (2015) Introdução ao pensamento complexo. 5ª Edição. Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre: SULINA

MORIN, E. (2012) Para onde vai o mundo? 3ª Edição. Tradução Francisco Morás. Rio de Janeiro: VOZES

MORIN, E. (2000) Os sete saberes necessários à educação do futuro 2ª. Edição. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: UNESCO

NERI, A. L.; PAVARANI, S. C. (2017) Formação de Recursos Humanos em Gerontologia e Desenvolvimento da Profissão | O Brasil em Face da Experiência Internacional*. In FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p. 3521 - 3553.

NERI, A. L. (2008) Palavras-chave em gerontologia. Campinas, SP: Editora Alínea NETTO, M. P. (2017) Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p. 103 - 125.

PERNAMBUCO, Governo do Estado. Alepe. Lei Nº 12.109 de 26 de novembro de 2001. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e da outras providências. Disponível em https://legis.alepe.pe.gov.br/texto.aspx?id=4680&tipo=TEXTOORIGINAL Acessado em 16 de maio de 2020 às 12:30h.

PESSOA, K. L. V.; JORGE, M. S. B.; LOURINHO, L. A.; CATRIB, A. M. F. Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção

psicossocial. Rev. salud pública, Bogotá, v. 20, n. 6, p. 692-698, dezembro, 2018. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600692&lng=en&nrm=iso. Acessado em 23 de abril de 2020.

RABELO, D. F. (2017) Os Idosos e as Relações Familiáres. In FREITAS, E. V.; PY, L. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017, p. 3384 - 3398.

ROTHER, E. T.; Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, junh0 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso. Acessado em 16 de maio de 2020.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403-410, setembro, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300012&lng=en&nrm=iso. Acessado em 28 de abril de 2020.

# ANÁLISE DAS AUTOAVALIAÇÕES DE SAÚDE E DO BEM-ESTAR SUBJETIVO EM PESSOAS IDOSAS FISICAMENTE ATIVAS E INATIVAS

Marcos Gonçalves Maciel[1]
Paulo Roberto Vieira Junior[2]
Giselle Alves de Moura[3]
Maria Jesús Monteagudo[4]

**Resumo:** O objetivo desta pesquisa é analisar se há uma relação entre pessoas idosas fisicamente ativas e inativas e, as autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo. Para tanto, adotamos os pressupostos da Psicologia da Saúde, da Psicologia Positiva e Epidemiologia da Atividade Física. A determinação do número de participantes foi estipulada pela técnica de saturação dos dados, sendo a escolha da amostra e das instituições participantes na cidade de Bilbao/Espanha, definida de forma intencional. Adotamos a entrevista em profundidade e as escalas de autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo como instrumentos de coleta de informações. Para a interpretação dos dados foi utilizada a estatística descritiva e a análise de conteúdo. Participaram da pesquisa 18 pessoas, classificadas em dois grupos: fisicamente ativas (n=10) e fisicamente inativas (n=8), sendo em geral, oito homens e 10 mulheres, com idade entre 62 e 81 anos (70,5±5,1 anos). Os dados demonstram que ambos os construtos apresentaram autoavaliações satisfatórias, independentemente

1 Docente da Universidade do Estado de Minas Gerais, Unidade Ibirité. Pós-doutor em Ocio Y Desarrollo Humano, Universidad de Deusto, Espanha; Doutor em Estudos do Lazer, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, marcos.maciel@uemg.br;

2 Docente do Instituo Federal de Educação, Campus Santa Luzia/MG. Doutor em Educação/PUC-MINAS; paulo.vieira@ifmg.edu.br;

3 Analista de Políticas Públicas – Secretaria Municipal Esportes e Lazer de Belo Horizonte; Mestre em Estudos do Lazer, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, giselle.a.moura@pbh.gov.br;

4 Docente da Universidad de Deusto, do Instituto de Estudios de Ocio. Doutora em Ocio Y Desarrollo Humano/ Universidad de Deusto; mjmonte@deusto.es;

do grupo de pessoas fisicamente ativas ou inativas. Concluímos que a variável atividade física analisada de forma isolada não é suficiente para determinar diferenças nas autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo, sendo necessário, também, considerar outros fatores como as condições de vida oferecidas pelo poder público à população e aspectos comportamentais.
**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Estilo de vida, Inatividade física.

## Introdução

O processo de envelhecimento populacional em âmbito internacional tem exigido do poder público e de instituições civis, sobretudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias que atendam aos interesses da pessoa idosa. Essas ações visam promover a dignidade, a valorização e a qualidade de vida à essa parcela da população.

O termo qualidade de vida, também, remete-se de forma similar a outras terminologias adotadas como o bem-estar subjetivo (BES), a satisfação com a vida, o bem-estar social e a felicidade (COSTA; PEREIRA, 2007; CUADRA; FLORENZANO, 2003; GALINHA, 2008). Neste texto adotamos, sobretudo, a expressão BES. Esta caracteriza-se pela subjetividade em relação à autoavaliação da satisfação com a vida, sendo identificada por afetos positivos, como alegria, prazer e otimismo; ademais, não é apenas uma ausência de fatores negativos ou avaliação global de todos os aspectos da vida (GALINHA, 2008; NOVO, 2005). Pesquisas apontam a relação do BES com a redução do acometimento de morbimortalidade, com a manutenção satisfatória da funcionalidade e da autonomia da população idosa (SILVA E DUTRA; SILVA, 2014; SPOSITO *et al.* 2013).

Um dos aspectos que envolvem o BES é a percepção da saúde. Esta pode ser mensurada pela autoavaliação da saúde, que é uma avaliação global com base em uma análise dos aspectos objetivos e subjetivos individuais (BEZERRA *et al.* 2011). O estado "real" ou "objetivo" da saúde, incorpora as dimensões físicas, cognitivas e emocionais que podem ser mensuradas objetivamente (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; HALFORD *et al.* 2012). Por sua vez, as subjetivações podem remeter-se às análises realizadas por Canguilhem (2009), que questionam os aspectos normativos e biológicos do discurso hegemônico da saúde. Para esse autor, a normatização é a estipulação de parâmetros clínicos comparativos da saúde; enquanto que a normalidade denota uma continuidade dinâmica caracterizada por alternâncias do processo saúde-doença para classificar o que seria considerado como saudável ou patológico.

Um dos fatores que interfere nas percepções do BES e da saúde, é o estilo de vida adotado (PELÁEZ; ACOSTA; CARRIZO, 2015). Este está relacionado aos hábitos alimentares, sono, controle do estresse, controle ponderal, tabagismo, uso de bebidas alcoólicas, a prática da atividade física, dentre

ISBN 978-65-86901-26-9

outros aspectos. Neste estudo nos atemos a discutir apenas sobre a variável atividade física e sua relação com os construtos em questão, o BES e a saúde em pessoas idosas.

Estudos apontam que pessoas fisicamente ativas tendem a apresentar autoavaliações mais elevadas em relação aos seus pares fisicamente inativos quanto ao BES (BIDDLE *et al.*, 2000; MONTEIRO *et al.* 2014; SANTAN, 2009; ZUMETA, 2016), assim como à saúde (BEYER *et al.* 2015; CIMARRAS-OTAL *et al.* 2014; LEÓN-PRADOS *et al.* 2011; LERA-LÓPEZ *et al.* 2017; NUVIALA *et al.* 2009; SERRANO-HUETE *et al.* 2018).

Ao considerar a relevância social de investigações que contemplem a população idosa, assim como sua relação com o BES, saúde e a estilo de vida, este estudo é norteado pela seguinte problematização: A pratica da atividade física interfere nas autoavaliações do bem-estar subjetivo e da saúde em pessoas idosas? Assim sendo, o objetivo desta pesquisa é analisar se há uma relação entre pessoas idosas fisicamente ativas e inativas e, as autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo.

## Metodologia

Esta investigação é do tipo qualitativa, transversal e descritiva (STRAUSS; CORBIN, 2008). A pesquisa foi realizada na cidade de Bilbao. Esta é a capital da província de *Bizkaia,* localizada na Comunidade Autônoma de *Euskadi* no País Vasco, localizado a noroeste da Espanha. A escolha das pessoas voluntárias e dos órgãos vinculados à prefeitura de Bilbao foi realizada de forma intencional.

Os órgãos participantes foram o Instituto Municipal de Deporte, denominado de Bilbao Kirolak e, a Ação de Assistência Social (AAS). O Bilbao Kirolak é responsável pela elaboração e gerenciamento de políticas públicas de esporte e lazer da cidade, assim como administra 10 complexos poliesportivos em diferentes bairros: Artxanda, Atxuri, Deusto, La Casilla, Abusu-La Peña, Miribilla, Rekalde, San Ignácio, Txurdinga, Zorroza. Em 2017, segundo dados desse órgão, um total 134.011 pessoas de diferentes faixas etárias e sexos, estavam inscritas em todas as unidades. Para além desses complexos poliesportivos, o Bilbao Kirolak ainda oferece à população bilbaína: 1) 57 zonas esportivas com 106 instalações, para 11 atividades diferentes, sendo 11

instalações cobertas; 2) 35 parques biosausáveis[5] para pessoas idosas, sendo que todos possuem aparelhos de ginástica para estimular a mobilidade articular e psicomotora, assim como as capacidades físicas.

Por sua vez, a AAS oferece uma série de serviços e auxílios assistenciais à população idosa. Uma dessas ações é o apoio aos programas comunitários por meio das Associações de Aposentados, que recebem subvenções públicas para o desenvolvimento de atividades de integração social, tendo como objetivo melhorar a qualidade de vida dessa população.

Segundo dados da AAS em 2018, haviam 54 associações de aposentados registradas em todo o município, atendendo aproximadamente 24.465 pessoas, sendo 8.146 homens e 16.319 mulheres. Cada associação possui autonomia para oferecer atividades aos seus associados de acordo com a demanda apresentada e as especificidades de suas instalações e infraestrutura. Em geral, as atividades abrangem cinco áreas de intervenção: Estimulação cognitiva, Desenvolvimento Físico, Formação Cultural, Desenvolvimento Humano e Social e Dinamização Ocupacional.

A definição do número de pessoas participantes desta pesquisa – de ambos os sexos – foi definida conforme a proposta da técnica de saturação dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008), que designa o momento em que o acréscimo de dados e das informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado. Segundo Thiry-Cherques (2009) a saturação geralmente ocorre entre a 6ª e a 12ª entrevistas. Considerando a proposta da análise de pessoas fisicamente ativas e inativas, mantivemos a paridade do número de participantes para cada grupo.

Adotamos três instrumentos para a coleta dos dados, a entrevista em profundidade e as autoavaliações do BES e da saúde. Para a realização das entrevistas foi elaborado um roteiro semiestruturado de perguntas, contemplando dados sociodemográficos e econômicos, assim como questões relacionadas à temática abordada pela pesquisa. As entrevistas foram gravadas por meio de áudio e, posteriormente transcritas para análise das informações.

Em ambas autoavaliações adotamos a escala de faces de Andrews (McDOWELL; NEWELL, 1996). Esta é composta por escala visual que contém cinco figuras de faces estilizadas representando expressões que variam de muito alegre (1) até extrema tristeza (5). A pessoa entrevistada deveria

5 Semelhantes a espaços/praças com áreas verdes e equipamentos para a prática de lazer, atividades esportivas e exercícios físicos.

assinalar a figura que mais se assemelha a forma como ela se sente a respeito da sua vida no último mês. Para a análise dos resultados dos dois construtos, os resultados foram agrupados da seguinte forma: As respostas correspondentes aos valores um e dois (2), foram categorizadas como positivas/satisfatórias, enquanto que as respostas referentes aos valores três (3), quatro (4) e cinco (5), como negativas/insatisfatórias.

Referente a escala de autoavaliação da saúde (FLECK *et al.* 2000), consistiu de uma única pergunta: "Como o(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde?". As respostas seguiram a escala de cinco itens, do tipo *Likert*. As seguintes opções de resposta foram lidas para os entrevistados: muito boa, boa, regular, ruim, muito ruim; sendo que deveria ser escolhida apenas uma opção.

Para identificar a autoavaliação do BES, adotamos igualmente uma única pergunta: "Como o Sr(a) avalia o seu atual estado de bem-estar no último mês?" Foi informado às pessoas as opções: "muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim", para a qual escolheria uma única alternativa.

A coleta de dados das pessoas fisicamente ativas ocorreu no complexo poliesportivo Txurdinga, indicado pela coordenação do Bilbao Kirolak. A opção por esse espaço justifica-se por se tratar de um ambiente que reunia o maior número de pessoas idosas matriculadas nos diferentes programas oferecidos à essa população. Como critérios de inclusão foram estabelecidos que as pessoas deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, estar regularmente matriculadas e frequentes às aulas por pelo menos três meses. Esse período foi estipulado por ser considerado como o tempo mínimo para a formação de hábitos que permita a manutenção de uma atividade física (WEINBERG; GOULD, 2001).

Um dos investigadores compareceu às aulas de ginástica, destinadas às pessoas idosas, realizadas no referido complexo poliesportivo, em diferentes dias e horários para explicar a pesquisa e convidá-las a participarem da mesma. Em seguida, foram agendados dias e horários convenientes para a realização das entrevistas, que ocorreram nas dependências do poliesportivo.

Para a seleção das pessoas fisicamente inativas, recorreu-se às Associações de Aposentados. Novamente, um dos pesquisadores visitou algumas unidades dessas instituições para identificar pessoas voluntárias, que deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: idade a partir de 60 anos, não realizar atividade física, não ter nenhuma limitação física, clínica e/ou mental permanente que impossibilitasse a prática de atividade física. A amostra final desse perfil foi composta por pessoas associadas nos bairros de Deusto, de

Peñascal e de Errekalde. As entrevistas foram realizadas nas dependências de cada instituição.

Importante ressaltar que antes da coleta dos dados foi realizado um estudo piloto com o mesmo público para validar os procedimentos estipulados. Essa etapa validou todas as estratégias propostas, possibilitando, assim, a continuidade da pesquisa, sem a necessidade de ajustes. As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2018. Todas as pessoas participantes foram informadas dos objetivos e dos procedimentos a serem adotados e, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido; para manter o anonimato das pessoas foi escolhido um nome fictício. Para a análise dos dados adotamos a estatística descritiva e a análise de conteúdo (BARDIN, 1979).

## Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 18 pessoas, sendo oito homens e 10 mulheres, com intervalo de idade entre 62 e 81 anos (70,5±5,1). Em relação à prática da atividade física, 10 pessoas eram fisicamente ativas e oito inativas. Outros dados sociodemográficos estão demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1. Dados sociodemográficos da amostra

| Categorias | Nomes | Idade | Escolaridade | Estado Civil | Profissão |
|---|---|---|---|---|---|
| Fisicamente Ativas | Gotzone | 69 | Primária completo* | Casada | Do lar |
| | Mari | 67 | Primária incompleto | Viúva | Do lar |
| | Emília | 74 | Primária Incompleto | Casada | Do lar |
| | Mercedes | 69 | Primária incompleto | Casada | Do lar |
| | Jose | 74 | Formação técnica | Casado | Mecânico |
| | Gabriel | 68 | Superior incompleto | Viúvo | Téc. Construção Civil |
| | Francisco | 64 | Bachillerato completo** | Casado | Telhadista |
| | German | 70 | Formação técnica | Casado | Mecânico |
| | Natividad | 64 | Grado superior | Casada | Bibliotecária |
| | Inocencia | 75 | Primária completo | Viúva | Do lar |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fisicamente Inativas** | Antônio | 73 | Superior completo | Solteiro | Professor |
| | Flores | 74 | Primária incompleto | Viúva | Diarista |
| | Carmem | 67 | Formação técnica | Viúva | Téc. de Análise Clínica |
| | Pilar | 71 | Bachillerato completo | Divorciada | Consultora Fiscal |
| | Plácido | 79 | Primária incompleto | Casado | Motorista |
| | Atilano | 68 | Primária completo | Casado | Motorista |
| | Manuel | 81 | Primária incompleto | Casado | Lavrador |
| | Mari Carmen | 62 | Bachillerato completo | Divorciada | Operária |

Fonte: Dados da pesquisa. * Correspondente ao Ensino Fundamental. **Correspondente ao Ensino Médio.

Ao comparar o perfil sociodemográfico dos dois grupos, identificamos uma similaridade entre ambos em relação: 1) Faixa etária – não houve diferença significativa (p>0,5); 2) Escolaridade – com a predominância de pessoas com até seis anos de escolarização, fisicamente ativas (n=5), fisicamente inativas (n=4); 3) Estado civil – uma proporcionalidade entre pessoas casadas e/ou viúvas.

No entanto, quanto ao item sobre a formação e atuação profissional, o grupo de pessoas fisicamente ativas apresenta o maior número de "donas de casas/do lar" (n=5), composto por seis mulheres, todas com filho(s) e/ou filha(s), enquanto que no grupo de pessoas inativas não há nenhuma. Esse dado demonstra que no segundo grupo, formado por quatro mulheres, somente uma não teve filho(s) e/ou filha(s), dedicou-se mais às tarefas laborais. Nesse caso, essas mulheres poderiam estar envolvidas em uma dupla jornada de trabalho, em casa e no mercado de trabalho, tendo assim, menos tempo livre para se dedicar às vivências de atividade física.

No tocante ao aspecto socioeconômico, a Tabela 1 apresenta a renda mensal em relação ao estilo de vida.

Tabela 1. Renda mensal* em relação ao estilo de vida

| | ≤ 600 | 600 a 1000 | 1001 a 1500 | 1501 a 2000 | ≥ 2000 |
|---|---|---|---|---|---|
| Fisicamente ativa | 0 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| Fisicamente inativa | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 |
| Total | 1 | 5 | 6 | 3 | 3 |

Fonte: Dados da pesquisa. * Valores em euros.

ISBN 978-65-86901-26-9

Os dados demonstram que as pessoas classificadas como fisicamente ativas têm uma renda mensal maior que as inativas. Esse fato pode contribuir para a adesão à atividade física em virtude da necessidade, em alguns casos, de pagar pelos serviços relacionados a essas atividades.

No entanto, é importante destacar que alguns aspectos poderiam minimizar as barreiras prática da atividade física em Bilbao. Por exemplo, os complexos poliesportivos administrados pelo Bilbao Kirolak, embora públicos, cobram mensalidades, ainda que um pouco menores do que os valores praticados por academias e/ou estúdios de ginástica. Isso amplia o acesso às pessoas interessadas nessa prática. Ademais, quando há pessoas que não tem condições financeiras para arcar parcial e/ou integralmente com as mensalidades, o referido órgão concede a isenção desses valores, o que representa uma política social de democratização ao acesso à essas atividades.

Além disso, esses complexos poliesportivos estão localizados em diferentes regionais da cidade, assim como o acesso aos mesmos é facilitado por um bom sistema de transporte (metrô e/ou ônibus). Para além desses complexos, a cidade oferece outros espaços e equipamentos públicos de esporte e lazer, por exemplo, parques, pistas de caminhada, ciclovias e equipamentos de ginástica em ótimo estado de conservação em todas as regiões. Enfim, ao considerar esses aspectos, inúmeras barreiras externas ou estruturais que justificariam a inatividade física são significantemente reduzidas.

A respeito dos resultados das autoavaliações da saúde e do BES, a Tabela 2, apresenta os dados de acordo com o estilo de vida.

Tabela 2. Autoavaliações de saúde e do BES em relação ao estilo de vida.

| Estilo de vida | Autoavaliação de Saúde | Autoavaliação do BES |
|---|---|---|
| Fisicamente ativo | Satisfatório (n=10) | Satisfatório (n=10) |
| Fisicamente inativo | Satisfatório (n=08) | Satisfatório (n=08) |
| Total | N=18 | N=18 |

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às autoavaliações, de forma unânime os participantes avaliaram satisfatoriamente esses construtos, independente do grupo referente ao estilo de vida. Esses resultados não corroboram com diversos estudos realizados com as mesmas características, tendo em vista que o grupo fisicamente ativo apresenta melhores autoavaliações nos resultados desses construtos em relação ao fisicamente inativo (BALBOA-CASTILLO *et al.* 2011; BOHÓRQUEZ

*et al.* 2014; GUILLÉN; ÂNGULO, 2016; OLIVA *et al.* 2013; JIMÉNEZ *et al.* 2017; JODRA; MATÉ-MUÑOZ; DOMÍNGUEZ, 2019). Assim, algumas reflexões são necessárias.

Perguntamos o motivo pelo qual as pessoas atribuíram a si tal autoavaliação. A partir dos depoimentos, classificamos as principais respostas em categorias. Importante ressaltar que o número de respostas é superior ao da amostra, pois algumas pessoas manifestaram mais do que uma ideia a respeito da pergunta. Em relação ao BES, ao todo foram dadas 22 respostas: 1) Satisfação (com a vida e/ou com o que faz: n=10); 2) Boas relações sociais (amigos e/ou familiares: n=4); 3) Saúde (não ter doença: n=3); 4) Necessidades atendidas (financeiras: n=3);

Diversas: n=2 (tem pessoas piores n=1; insatisfação com a saúde, essa pessoa está aguardando por uma intervenção cirúrgica ortopédica: n=1).

Os dados demonstram que a amostra investigada conseguiu alcançar uma realização pessoal que repercutiu positivamente na satisfação com a vida, que remete à felicidade. Ferraz, Tavarez e Zilberman (2007) alegam que o sentimento de felicidade está associado aos estados afetivos positivos, como o contentamento, a resiliência, o otimismo, a gratidão e a qualidade de vida. Dessa forma, segundo os referidos autores, esse sentimento reflete um maior número de experiências satisfatórias na vida como o amor, a alegria, a saúde, a saciedade, o prazer sexual, o contentamento, a segurança e a serenidade.

Esse fato corrobora com as demais respostas satisfatórias apresentadas pela amostra estudada. Além disso, é pertinente destacar as satisfatórias condições relacionadas à qualidade de vida oferecidas pelo poder público na cidade de Bilbao. Esta é certificada pela OMS como "Cidade Amiga do Idoso", assim como foi reconhecida como a melhor cidade europeia para se viver em 2018, segundo a organização *The Academy of Urbanism*.

Esses fatos são reflexos diretos da qualidade dos serviços oferecidos pelo poder público municipal, por exemplo, transporte, residências para idosos, serviços comunitários, espaços e equipamentos de lazer, acessibilidade; assim como o respeito, a valorização e a inclusão social a essa população. Ademais, a amostra investigada participa de grupos de convivência assistidos por órgãos municipais que contam com um plano de intervenção específico, oferecendo um relevante suporte social a essa população.

Esses aspectos podem ter contribuído positivamente para o resultado encontrado neste estudo, pois os dados apontam que ambos os grupos investigados apresentaram a mesma avaliação satisfatória quanto ao BES; em outras

palavras, as pessoas fisicamente inativas se autoavaliaram tão bem quanto as fisicamente ativas.

Foi perguntado às pessoas se a atividade física poderia melhorar seu bem-estar. Quase todos responderam positivamente (n=16); somente duas pessoas fisicamente inativas disseram que "talvez". A partir das respostas, fizemos uma categorização: 1) Satisfação (sentir-se bem e/ou diversão, n=7); 2) Saúde (física, mental e/ou redução de dores, n=6); 3) Socialização (n=3). Ao solicitar que justificassem as respostas dadas, as duas pessoas que responderam "talvez", alegaram que não tiveram experiências anteriores a essa vivência, enquanto as demais, mesmo as fisicamente inativas, relataram experiências prévias satisfatórias.

Do grupo de pessoas fisicamente inativas, três pessoas não estavam praticando nenhuma atividade. Destas, duas estavam em processo de recuperação de cirurgias ortopédicas, aguardando a liberação médica para voltarem à prática da atividade física. Uma terceira pessoa estava esperando a realização de uma cirurgia, também ortopédica, para igualmente retomar a atividade física. Assim, do total de oito pessoas fisicamente inativas, três tiveram experiências satisfatórias com a atividade física e, pretendiam retornar a fazê-la assim que possível.

Esse fato chama a atenção sobre a importância da promoção de vivências significativas e agradáveis relacionadas a essa prática, ao longo da vida, como forma de despertar o interesse pela mesma em etapas posteriores, inclusive na terceira idade (SANTANA RODRÍGUEZ, 2016; VAQUERO-BARBA; ELEJALDE; GRACIANO, 2015; ZUMETA *et al.* 2016). Diante dos dados apresentados, inferimos a necessidade de investigar sobre o histórico de vida das pessoas e sua relação com a atividade física, assim como os motivos pelos quais fazem ou não uma atividade física. Compreender esses aspectos contribui para uma visão ampliada sobre a relação dessa prática com o construto do BES.

Em relação às diferenças encontradas neste estudo, comparadas com outros similares, destacamos algumas pesquisas para reflexão dos resultados. Monteiro *et al.* (2015) estudaram 76 pessoas idosas em Portugal, de ambos os sexos (34% do sexo masculino e 65% do sexo feminino), com idades compreendidas entre 64 e 99 anos de idade (77,5±8,82). Os autores usaram as versões portuguesas das escalas *Subjetive Happiness Scale*, *Satisfaction With Life Scale* e do *Positive and Negative Affect Schedule*. O estudo constatou que as

pessoas praticantes de atividade física apresentavam níveis globais mais elevados do BES e de felicidade em relação aos seus pares fisicamente inativos.

Outra investigação realizada em Portugal teve como objetivo comparar o nível de qualidade de vida entre participantes de programas formais de atividade física e não participantes, por meio da versão curta do questionário SF36. O estudo contou com 88 pessoas idosas, sendo 42 fisicamente inativas e 46 fisicamente ativas. Os autores concluíram que a participação em programas de atividade física melhora a qualidade de vida relacionada com a saúde (MOTA *et al.* 2006).

Estudos comparativos realizados na Espanha envolvendo pessoas fisicamente ativas e inativas e a percepção do BES, demonstraram que a primeira categoria de pessoas relatou melhores índices de autoavaliação desse construto. Os autores concluíram que ser fisicamente ativo influencia positiva e diretamente nas relações interpessoais, no autoconceito, na independência pessoal e na felicidade (BALBOA-CASTILLO *et al.* 2011; BOHÓRQUEZ *et al.* 2014; GUILLÉN; ÂNGULO, 2016; OLIVA *et al.* 2013). No entanto, esses autores adotaram respectivamente os seguintes instrumentos para avaliação da qualidade de vida e do BES em suas pesquisas: WHOQOL-brief; Escala de *Felicidad* de Godoy-Izquierdo, Lara, Vázquez, Araque y Godoy (2006); Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryaf; Escala de Bem-Estar Psicológico de Ryaf.

Para além da autoavaliação, também, perguntamos o que a amostra compreendia como sendo o bem-estar. Algumas pessoas deram mais do que uma resposta, totalizando 24 declarações. Mediante a análise das palavras chave, criamos algumas categorias: 1) Estar bem (consigo, com a vida e/ou ser feliz: n=9); 2) Saúde (não ter dores e/ou doenças: n=6); 3) Relações sociais e afetivas (socialização e/ou "ter os familiares bem": n=6); 4) Ter as necessidades básicas atendidas (alimentação, moradia e/ou segurança: n=2); 5) Não souberam responder (n=1).

As respostas apresentadas reforçam os aspectos subjetivos atribuídos ao BES (GALINHA; PAIS RIBEIRO, 2005; McCULLOUGH; HEUBNER; LAUGHLIN, 2000; SIRGY, 2002), assim como corroboram às respostas anteriormente relatadas por este estudo quando se solicitou a justificativa dada à autoavaliação do bem-estar.

Entendemos que essa subjetivação contribui para a identificação de um processo de envelhecimento satisfatório, permeado pela manutenção da funcionalidade e autonomia, e a baixa associação com quadros degenerativos

físico e/ou mental que podem acometer a essa população (SILVA E DUTRA; SILVA, 2014).

A respeito da autoavaliação da saúde, todos da amostra estavam satisfeitos com seu atual estado de saúde, mesmo as pessoas que relataram enfermidades. Esses dados apresentam peculiaridades em relação a outros estudos realizados na Espanha tendo em vista a inexistência de diferenças na percepção autorreferenciada da saúde entre as pessoas fisicamente ativas e inativas.

Jiménez *et al.* (2017) analisaram a situação funcional e a autoavaliação da saúde em 487 pessoas, entre adultas e idosas (66,6±11,7 anos), classificadas como fisicamente ativas e inativas, portadoras de algum tipo de artrose na cidade de Albacete/Espanha. O estudo concluiu que a situação funcional e a saúde autorreferenciada eram superiores em pessoas fisicamente ativas em relação às fisicamente inativas, independentemente do número de articulações afetadas e de suas características sociodemográficas.

Jodra, Maté-Muñoz e Domínguez (2019) investigaram 130 pessoas fisicamente ativas e inativas, moradoras na cidade de Madri, com idade entre 63 e 75 anos (67,3±3,1). O objetivo foi analisar a relação existente entre a autoestima e as dimensões de autoconceito físico, autoavaliação da saúde e sua relação com o nível de atividade física. O estudo concluiu que a referida prática contribuía para manter um estado da saúde adequado e uma qualidade de vida positiva. Além disso, as pessoas fisicamente ativas associaram a autoestima como uma vertente mais emocional e psicológica do que física, enquanto que as pessoas fisicamente inativas associaram a autoestima mais com as variáveis físicas.

Por meio de um inquérito telefônico nacional, Lera-López *et al.* (2017) investigaram 765 pessoas moradoras na Espanha, com idade entre 50 e 70 anos, com o objetivo de analisar os possíveis efeitos da atividade física sobre a autoavaliação da saúde. O estudo concluiu que a prática da atividade física interfere positivamente no autorreferenciamento da saúde.

Enfim, os resultados encontrados na amostra em Bilbao, entre as pessoas fisicamente ativas, corroboram com os estudos citados. No entanto, aponta nuances em relação às pessoas fisicamente inativas, pois apresentam a mesma percepção satisfatória da saúde em relação ao grupo anterior. Esse fato pode estar associado à subjetivação sobre o entendimento da saúde, distinguindo-se da concepção hegemônica biologicista e, aproximando-se mais da perspectiva defendida por Canguilhem (2009). Em outras palavras, a saúde não se restringe ao equilíbrio das funções orgânicas, das normatizações.

Para além da autoavaliação, foi perguntado às pessoas o que entendiam sobre saúde. A partir dos depoimentos criamos uma categorização das palavras chave que expressavam tal entendimento: 1) Ausência de doença e/ou dores (n=13); 2) Sentir-se bem (física e/ou espiritualmente) (n=5); 3) Fazer o que deseja (manter a funcionalidade (n=2); 4) É tudo na vida (n=2); 5) Diversos: ter alegria, boa alimentação e/ou fazer atividade física (n=3). Para além dessa pergunta, também, solicitamos às pessoas que relatassem se tinham alguma enfermidade identificada. Somente oito pessoas disseram não ter nenhuma enfermidade (quatro pessoas de cada grupo), enquanto 10 afirmaram o oposto (5 pessoas de cada grupo): 1) Dores musculoesqueléticas (n=5): lombar, joelho e/ou artrose; 2) Doenças crônicas não transmissíveis (n=2): alteração na taxa de colesterol; 3) Diversas (n=4): alteração na próstata, hipertireoidismo, asma e enxaqueca.

Os dados demonstram similaridades no diagnóstico de enfermidades entre os grupos, ou seja, o fato de ser fisicamente ativo ou inativo, não está relacionado com o acometimento de enfermidades na amostra estudada, assim como no autorreferenciamento da saúde.

Embora as respostas mais comuns sobre o entendimento de saúde (n=13) corrobore ao do senso comum, como ausência de doença, também, relaciona-se com a percepção de uma subjetivação ("sentir-se bem", "fazer o que deseja", "é tudo na vida)". Em outras palavras, mesmo que a pessoa apresente alguma alteração clínica dos parâmetros de saúde, a subjetivação da saúde prevalece sobre a normatização.

Canguilhem (2009) tendo como referência a perspectiva do conceito normativo, questiona a definição da saúde a partir do estado patológico. Esse conceito considera o julgamento de apreciação ou a qualificação conforme uma norma que também estará subordinada a quem a institui, isto é, de forma arbitrária, segundo os parâmetros e as perspectivas de quem os determinam.

Nesse sentido, buscando compreender uma possível associação a respeito da atividade física e saúde, perguntamos às pessoas qual o entendimento que elas tinham sobre essa questão. Ao total 16 pessoas percebiam que a atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde, e duas pessoas, ambas fisicamente inativas, responderam que talvez pudesse contribuir. As respostas foram categorizadas em: 1) Melhorar a saúde (n=9) física e/ou mental; 2) Prevenir doenças/dores (n = 3); 3) Sentir-se bem (n=3); 4) Não piorar a saúde (n=2); 5) Diversas (n=5) (Melhorar a socialização e/ou desenvolvimento pessoal n=4, não soube responder n=1).

Os dados demonstram que a maioria das pessoas fisicamente inativas (n=6) tem a consciência de que a atividade física pode contribuir para a melhoria da saúde. No entanto, não a realiza, embora tenham tempo livre, mantenham suas capacidades funcionais e sua autonomia, assim como há possibilidades de participar das mesmas nos espaços e/ou nos equipamentos de esporte e lazer disponibilizados pela prefeitura. A análise desse aspecto extrapola o objetivo desta pesquisa.

## Considerações finais

O objetivo desta pesquisa é analisar se há uma relação entre pessoas idosas fisicamente ativas e inativas e, as autoavaliações da saúde e do bem-estar subjetivo. Os dados demonstram uma unanimidade em ambos os grupos em relação às avaliações satisfatórias dos dois construtos independentemente do estilo de vida adotado, isto é, ser fisicamente ativo ou inativo. Nesse sentido, a compreensão da temática em questão requer uma análise ampliada, envolvendo outras variáveis para além do estilo de vida adotado.

Em relação ao BES, inferimos que o fato da amostra investigada viver em uma cidade que oferece boas condições para o desenvolvimento da qualidade de vida de sua população, contribuiu de forma significativa para a identificação dos resultados encontrados. Nessa perspectiva, podemos citar como exemplos, a participação em grupos sociais, a segurança social, a assistência médica adequada, a baixa criminalidade, entre outros aspectos que garantam uma vida digna à população idosa.

A respeito da autoavaliação da saúde, o fato de algumas pessoas apresentarem enfermidades diagnosticadas, em ambos os grupos, não influenciou negativamente nos resultados, ou seja, esse fato remete à subjetivação do processo saúde-doença. Assim sendo, o diagnóstico de alteração clínica e o desequilíbrio da normatização, desde que não alterem a funcionalidade das pessoas, não interferiu negativamente na autoavaliação da saúde.

Dessa forma, os dados reforçam o questionamento dos aspectos referentes à normatização da saúde – estipulação de parâmetros anátomo-fisio-patológicos – e a normalidade – que denotam uma continuidade dinâmica da saúde caracterizada por alternâncias no processo saúde-doença – para determinar o que seria saudável e/ou patológico. Assim, na perspectiva da amostra estudada, ser saudável é manter a funcionalidade e o bem-estar.

ISBN 978-65-86901-26-9

Esta investigação descreveu algumas nuances quanto ao objetivo proposto, acrescentando novas reflexões em relação à outras pesquisas com características semelhantes. No entanto, devemos considerar algumas limitações encontradas em seu desenvolvimento: a escolha intencional dos locais e da amostra; o pequeno número de participantes devido ao método de saturação de dados; o desenho transversal do estudo. Dessa forma, para a realização de novas pesquisas com características similares, propomos adotar uma análise quali-quantitativa, usando questionários/escalas e a entrevista em profundidade, uma amostra representativa, ampliar os locais de coleta de dados, e a análise das condições de vida da população.

## Agradecimentos:

À Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais pela bolsa de estudos ao primeiro autor para a realização do Pós-doutorado, referente ao Programa de Capacitação de Recursos Humanos da Universidade do Estado de Minas Gerais.

## Referências

BALBOA-CASTILLO, T.; LEÓN-MUÑ0Z, L. M.; GRACIANI, A.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO F.; GUALLAR-CASTILLÓN, P. Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v.9, n. 47, p. 1-10, jun. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 225 p.

BEYER, A. K.; WOLFF, J.K; WARNER, L.; SCHÜZ, B., WURM, S. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rate health in older adults. **Psychology & Health**, Davenport, v.30, n. 6, p. 671-685, feb. 2015.

BEZERRA, P. C. L.; OPITZ, S. P.; KOIFMAN, R. J.; MUNIZ, P. T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, p.:2441-2451, dez. 2011.

BIDDLE S, FOX K. R.; BOUTCHER S. H., (eds): **Physical Activity and Psychological Well-Being**. New York: Routledge, 2000, 205 p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.154 p.

CIMARRAS-OTAL, C., CALDERÓN-LARRAÑAGA, A., POBLADOR-PLOU, B., GONZÁLEZ-RUBIO, F., GIMENO-FELIU, L. A., ARJOL-SERRANO, J. L. *et al.* Association between physical activity, multimorbidity, self-rated health and functional limitation in the Spanish population. **BMC Public Health**, London, v.14, n.1170, p.1-10, nov. 2014.

COSTA, L. S. M. da; PEREIRA, C. A. A. P. Bem-Estar Subjetivo: aspectos conceituais. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 72-80, jun. 2007. Diener, E., Suh, E.M, & Oishi, S. (1997). Recent Findings

on Subjective Well-Being. University of Illinois. Retrieved June, 7, 2005, from http://www.psych.uiuc.edu/~ediener/hottopic/paper12.htm

CUADRA H. L.; FLORENZANO R. U. El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. **Revista de Psicología de la Universidad de Chile**, Santiago, vol. 12, n.1, p.83-96, 2003.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 34, n. 2, p.178-183, abr. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf. Acesso em: 04 de Dez. 2016.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. **Social Science & Medicine**, Oxford, v.56, n. 12, p.2505-2514, jun.2003.

GALINHA, I. C. **Bem-estar Subjectivo**: factores cognitivos, afectivos e contextuais: Coimbra: Quarteto, 2008. 256 p. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Iolanda_Galinha/publications?pubType=book. Acesso em: 04 de dez. 2016.

GALINHA, I. C.; PAIS RIBEIRO, J. L. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v.6, n. 2, p. 203-214, jan. 2005. González-Serrano, Ginés; Huéscar Hernández, Elisa; Moreno-Murcia, Juan Antonio. Satisfacción con la vida y ejercicio físico. Motricidad. European Journal of Human Movement, vol. 30, junio-, 2013, pp. 131-151.

HALFORD, C.; WALLMAN T.; WELLIN, L. *et al.* Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. A population-based longitudinal study of nearly 15,000 observations among Swedish women and men. **BMC Public Health**, London, v.12, n.1103, dec.2012.

JIMÉNEZ A. C. L.V.; HIDALGO, J. L. T.; ATIENZA, E. M. G.; RUIZ, M. S. N.; CERÓN, I. H.; LA ROSA, L. M. Situación funcional, autopercepción

de salud y nivel de actividad física en pacientes con artrosis. **Atención. Primaria,** Barcelona, v. 49, n.4, p.224-232, apr. 2017.

JODRA, P.; MATÉ-MUÑOZ, J. L.; DOMÍNGUEZ, R. Percepción de salud, autoestima y autoconcepto físico en personas mayores en función de su actividad física. **Revista de Psicología del Deporte**, Barcelona, v. 28, n. 2, p.127-134, 2019.

LEÓN-PRADOS, J. A.; FUENTES, I.; GONZÁLEZ-JURADO, J. A.; FERNÁNDEZ. A.; COSTA, E.; RAMOS, A. M. Actividad física y salud percibida en un sector de la población sevillana; estudio piloto. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, Madrid,** vol. 10, n. 41, p.164-180, mar. 2011.

LERA-LÓPEZ, F.; GARRUES IRISARRI, M. A.; OLLO-LÓPEZ, A.; SÁNCHEZ IRISO, E.; CABASÉS HITA, J. M. Y SÁNCHEZ SANTOS, J. M. Actividad física y salud autopercibidaen personas mayores de 50 años. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte**, Madrid, v.17, n. 67, p.559-571, set. 2017.

McCULLOUGH, G.; HEUBNER, E.S.; LAUGHLIN, J. Life events, self-concept, and adolescents' positive subjective well-being. **Psychology in the Schools**, v. 37, n. 2, p. 281-290, may 2000.

McDOWELL I., NEWELL C. **Measuring health:** a guide to rating scales and questionnaires, 2nd ed., New York; Oxford: Oxford. Univ, 1996, 523 p.

MONTEIRO, C.; DIAS, C.; CORTE-REAL, N.; FONSECA, A. M. Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: Um estudo com idosos. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto,v. 14, n. 1, p.57-76, mar. 2014.

MOTA, J.; RIBEIRO J. L. *et al.* Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.20, n.3, p.219-25, jul./set. 2006.

NOVO, R. F. Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. **Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica,** Coimbra, v.20, n. 2, p.183-203. 2005.

NUVIALA NUVIALA, A.; GRAO CRUCES, A.; FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A.; ALDA SCHÖNEMANN, O.; BURGES ABAD, J.A.; JAUME PONS, A. Autopercepción de la salud, estilo de vida y actividad física organizada. **Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte,** Madrid**,** v**.** 9, n. 36, p.414-430, dic. 2009.

OLIVA, A. J. DE; MENDIZÁBAL M. R. L.; ASENCIO E. N. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percebido y calidad de vida en personas adultas mayores. **Pedagogia Social Revista Interuniversitária**, n.22, p. 153-168, jul. 2013.

PELÁEZ, E.; ACOSTA, L. D.; CARRIZO, E. D. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. **Revista Cubana de Salud Pública**. La Habana, v. 41, n.4, p. 638-648, ago. 2015.

SANTANA RODRÍGUEZ, A. Influencia de la actividad física en el bienestar psicológico del mayor. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, Badajoz/ España, v. 1, n. 2, p. 301-306, oct. 2016.

SERRANO-HUETE, V.; LOZANO-AGUILERA, E.; TERÁN-TORRES, M. C.; LAREDO-AGUILERA, J. A.; PÁRRAGA-MONTILLA, J. A. Efectos sobre la autopercepción en personas mayores de 60 años de un programa de actividad física en el agua. **Revista Iberoamericana de Actividad Física y del Deporte**., Málaga, v. 7, n. 2, p.128-136, jul. 2018.

SILVA E DUTRA, F. C.; SILVA, H. R. O. Bem-estar subjetivo, funcionalidade e apoio social em idosos da comunidade. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento,** Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 775-791, dez. 2014.

SIRGY, M. J. (2002). The Psychology of Quality of Life. Dordrecht: Klwer Academic Publishers. Strack, F., Argyle, M., & Schwarz, N. (1991). SubjectiveWell-Being: Aninterdisciplinary perspective. Oxford: Pergamon Press.

SPOSITO G.; D'ELBOUX M. J.; NERI A. L.; GUARIENTO M. E. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, p.3475-3482, dez. 2013.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. M. **Pesquisa Qualitativa:** técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288 p.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: Estimativa empírica de dimensionamento. **Af-Revista PMKT,** São Paulo, v.2, n.2, p. 20-27, set. 2009. Disponível em: http://www.revistapmkt.com.br/Portals/9/Edicoes/Revista_PMKT_003_02.pdf. Acesso em: 25 de jan. 2016

VAQUERO-BARBA, A.; GARAY-IBÁÑEZ-DE-ELEJALDE, B.; RUIZ-DE-ARCAUTE-GRACIANO, J. La importancia de las experiencias positivas y placenteras en la promoción de la actividad física orientada hacia la salud. **Ágora para la Educación Física y el Deporte**, Valladolid/España, v. 17, n.2, p.168-181, mayo-ago. 2015.

WEINBERG, R. S.; GOULD, D.; DE ROSE JUNIOR, D. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 560 p.

ZUMETA, L. N.; BASABE, N.; TELLETXEA, A. A.; BOBOWIK M. Flujo compartido en actividades colectivas físico-deportivas y bienestar subjetivo. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, España, v. 6, n. 3, p. 123-138, dec. 2016.

# DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA: EXPERIÊNCIA DA SEÇÃO ALAGOAS

Elizabeth Moura Soares de Souza[1]
Kely Regina da Silva Lima Rocha[2]
Priscila de Oliveira Cabral Melo[3]

**Resumo:** A Associação Brasileira de Enfermagem, uma das mais respeitadas e renomadas associações – que há 94 anos atua e colabora com as pautas técnico-científicas, políticas, sociais e culturais de forma direta ou indireta nas áreas da enfermagem e da saúde – criou o seu Departamento Científico voltado para a área da Gerontologia e Geriatria. Este relato descreve a trajetória do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da seção Alagoas, desde o seu início, em 2015, até hoje. As informações foram descritas a partir de atas das reuniões mensais do departamento, além de anais de participação em eventos locais e nacionais e das falas dos seus membros. A participação desse departamento na comunidade científica de enfermagem de Alagoas tem despertado, em profissionais e estudantes, o interesse por essa área do conhecimento, e evidenciado o envelhecimento populacional como um importante fenômeno na dinâmica demográfica mundial da atualidade. A divulgação de ações de educação, discussões de cunho profissional, participação em eventos científicos, dentre outras atividades fazem parte da contribuição do departamento para a sociedade.
**Palavras-chave:** Enfermagem, Idoso, Associações profissionais.

1 Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Alagoas, autor principal, elmososo@gmail.com;

2 Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas – UFAL. Docente do Curso Técnico Subsequente em Enfermagem no Instituto Federal de Alagoas – IFAL, kely.rocha@ifal.edu.br;

3 Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, priscila.cabral@live.com;

## Introdução

Houve um momento da história do Brasil em que se observou uma taxa de fecundidade de 2,1 filhos por mulher. Esse foi considerado um marco para o processo de transição demográfica no país. Antes disso, tinham-se famílias numerosas, predominantemente na área rural, e as altas taxas de mortalidade na infância. Atualmente, observa-se uma quantidade cada vez maior de pessoas que atingem os 60 anos e o país se aproximando de um contexto histórico e geográfico exigente de grandes transformações, investimentos e respostas no que se refere às suas políticas públicas (MIRANDA, MENDES; SILVA, 2016).

No que diz respeito a essas políticas, destaca-se o campo da saúde e da seguridade social. Para que o processo de envelhecimento seja saudável, o papel do Estado é intervir com ações nas áreas relacionadas à promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, há também a urgente necessidade de investimento em recursos humanos com capacidade técnica e perfil humanista, a fim de atender à demanda de cuidados nas alterações fisiopatológicas e questões sociais inerentes ao contexto do envelhecer (MIRANDA, MENDES; SILVA, 2017).

Atenta a isso, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), uma das mais respeitadas – atuante há 94 anos, de forma direta ou indireta, nas pautas técnico-científicas, políticas, sociais ou culturais relacionadas aos campos da enfermagem e da saúde – criou o seu Departamento Científico voltado para a área de Gerontologia e Geriatria.

Sem fins econômicos, a ABEn agrega entre seus associados: Enfermeiros, Técnicos em Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, estudantes dos cursos de graduação e Educação Profissional em Enfermagem, Escolas, Cursos ou Faculdades de Enfermagem, Associações ou Sociedades de Especialistas. Além de ter como um dos seus eixos o trabalho da enfermagem como prática social, a entidade se propõe a defender políticas e programas com base nas diretrizes do sistema social e de saúde, alinhada aos ideais que promovem a qualidade de vida da população (SILVA & MACHADO, 2018).

A trajetória da enfermagem gerontológica foi marcada inicialmente pela formação do grupo de interesse de enfermagem geronto-geriátrica junto à ABEn Nacional e, posteriormente, a criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica (DCEG). O departamento foi criado pela Resolução Conselho Nacional da ABEn – CONABEn, Nº 001/2009. No

ISBN 978-65-86901-26-9

entanto, foi apenas em 2010 – na realização da VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica – que um grupo de enfermeiras militantes nessa área, foi nomeado como representantes da Diretoria da ABEn Nacional, com representantes de cada estado brasileiro. Na ocasião foi instituído o Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica, constituído pela Portaria nº 002/2010.

Considera-se, portanto, a criação do DCEG no âmbito nacional, um evento impulsionador para a enfermagem brasileira, uma vez que propicia a categoria de enfermagem a qual busca se especializar na área, condições para uma qualificação com competência e autonomia (ALVAREZ et al., 2013).

O DCEG Nacional elaborou metas a serem cumpridas pelos enfermeiros para assim promover o exercício do cuidado à pessoa idosa:

- Promoção de eventos e divulgação da Enfermagem Gerontológica;
- Discussão dos parâmetros regulatórios dos cuidadores;
- Formação em enfermagem em gerontologia nos níveis técnico, graduação e residência;
- Programa de boas práticas em saúde do idoso, pesquisa e banco de dados;
- Estímulo à criação de departamentos em outros estados e organização dos membros do departamento e valoração da ABEn.

A criação dos DCEGs nas seções é estimulada pelo departamento nacional e hoje existe em quase todos os estados do país. Os DCEGs foram organizados em cada seção da ABEn com o objetivo de:

- Buscar a excelência na atenção à pessoa idosa;
- Incentivar os enfermeiros ao conhecimento do fenômeno do envelhecimento;
- Fortalecer a viabilização de políticas públicas, gestão do cuidado clínico e gerenciamento de instituições de saúde, entre elas, as de longa permanência para idosos e onde mais for necessário exercer a prática do cuidado ao idoso;
- Estimular os enfermeiros a vislumbrar empreendimentos para atender aos idosos como estratégias de gestão de cuidados.

Os DCEGs também estimulam os coordenadores de cursos de especialização a incluir conteúdos que abordem questões sobre envelhecimento, velhice e idoso, com o intuito de sensibilizar os enfermeiros especialistas para

ISBN 978-65-86901-26-9

um olhar diferenciado no cuidado a essa parcela da população atendida cotidianamente (FREITAS; GUEDES, 2019).

Em Alagoas, o departamento foi iniciado em 24 de outubro de 2015, após a realização da 72ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional da ABEn – CONABEn. Esse evento foi um marco na história da enfermagem gerontológica alagoana, pois foi a partir dele que as atividades do DCEG iniciaram. A Portaria nº 01/2020, que dispõe sobre a Nomeação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da ABEn, seção Alagoas, tem efeito retroativo à data citada acima, do início das atividades do referido departamento.

## Metodologia

Este relato tem como objetivo descrever a experiência vivenciada pelos membros do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica seção Alagoas (DCEG-AL), desde 24 de outubro de 2015 – conforme ata da 72ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional da ABEn – CONABEn, até o presente momento. As atividades do DCEG-AL aconteceram e acontecem de forma autônoma e em parceria com outras iniciativas voltadas à pessoa idosa, no estado de Alagoas, envolvendo estudantes de enfermagem, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. O relato ocorreu a partir de atas das reuniões mensais do departamento, além de anais de participação em eventos locais e nacionais e dos registros e relatos dos membros do DCEG-AL – também autoras desta produção – descrevendo as atividades científicas promovidas pelo departamento, ofertadas à comunidade científica.

## Resultados e discussão

O DCEG-AL possui alguns objetivos norteadores das suas ações ao longo dos anos. Dentre esses estão: realizar ações de cunho educativo, científico e cultural sobre a atenção à pessoa idosa; representar a ABEn seção Alagoas nos movimentos em defesa da cidadania da pessoa idosa; incentivar a produção do conhecimento científico de profissionais e estudantes, através da elaboração e publicação de estudos voltados à atenção da pessoa idosa; promover cursos de aperfeiçoamento e treinamento para enfermeiros e técnicos de enfermagem, voltados para a atenção da pessoa idosa; representar a ABEn seção Alagoas em eventos direcionados a pessoa idosa, em caráter específico

ISBN 978-65-86901-26-9

da enfermagem ou multiprofissional. A seguir, serão apresentadas as principais atividades desenvolvidas pelo DCEG-AL desde a sua criação.

- **Participação nas Semanas Brasileiras de Enfermagem**

Todos os anos no mês de maio – reservado para prestar homenagens e lembrar a importância da enfermagem – a ABEn prepara atividades em todo o território nacional e o DCEG-AL participa ativamente. Em 2017, contribuiu com a ABEn seção Alagoas na construção na 78ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn), ao ministrar um minicurso voltado para a temática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) específica para a pessoa idosa. A SAE é o meio pelo qual o enfermeiro brasileiro organiza o seu processo de trabalho e tornou-se lei desde 2002, mantendo-se como obrigação em todo estabelecimento público ou privado onde haja cuidado profissional de enfermagem através da resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Nº 358/2009. As SBEn's contam com a participação de estudantes e profissionais da enfermagem de várias instituições de ensino do estado de Alagoas. O departamento também ministrou palestras em outras instituições de Maceió, durante o período da SBEn em outros anos.

A **77ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn)**, no ano de 2016, em Maceió-AL, teve como tema: "ABEn 90 anos e a construção histórica e política da Enfermagem". Os membros do DCEG-AL participaram na comissão organizadora do evento, na oferta de minicurso sobre educação em saúde e na avaliação de trabalhos científicos.

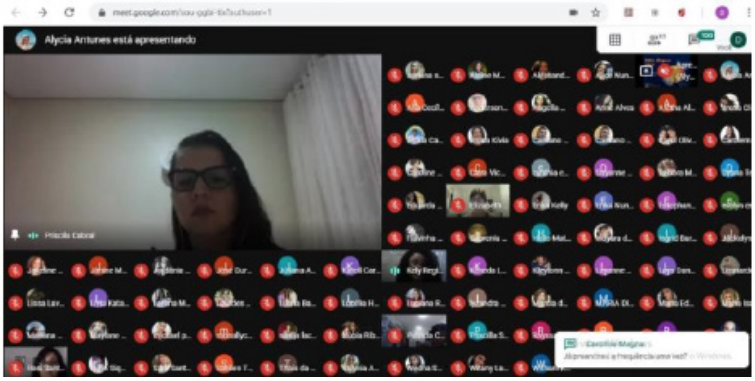
Durante a **78ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn)**, no ano de 2017 em Maceió-AL, o departamento contribuiu com a realização da oficina: "Aplicação do processo de Enfermagem na admissão da pessoa idosa" como atividade oficial do DCEG-AL. Um momento de conhecimento e troca de experiências, com os discentes e profissionais, acerca da realidade da enfermagem alagoana no contexto da gerontologia.

Na **79ª Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn)**, em 2018, em Maceió-AL, teve como tema: "A centralidade da Enfermagem nas dimensões do cuidar". Os membros do DCEG-AL participaram na comissão organizadora do evento e na avaliação de trabalhos acadêmicos.

Já na **81ª Semana Brasileira de Enfermagem** em 2020, evento realizado *on line,* os membros do DCEG-AL participaram da *live* "Se conectando para cuidar: o idoso em foco" e também da palestra "A pessoa idosa e os desafios da contemporaneidade". Destaca-se que nesses dois momentos houve

participantes de Alagoas e de outros estados discutindo as diferentes realidades vividas e as estratégias de enfrentamento no momento da pandemia da COVID-19.

**Figura 1:** Membro do DCEG-AL participando de uma *live* na SBEn 2020.




- **Reunião com Grupo de Enfermeiros de ILPIs**

A fim de manter um dos seus objetivos, que é discutir a assistência de enfermagem voltada à pessoa idosa no âmbito dos serviços de saúde, o DCEG-AL reuniu enfermeiras atuantes nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Estas 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" (ANVISA, 2005).

A ocasião foi importante para promover *networking* entre as enfermeiras que estão atuando na área gerontológica por meio do desenvolvimento de atividades na assistência ou no gerenciamento das ILPIs, e também entre as enfermeiras e os membros do DECEG-AL. As reuniões promoveram, ainda, estímulo à produção científica e publicização das ações realizadas pelas enfermeiras e suas equipes, com vistas a dar visibilidade à temática, não só em âmbito local mas também nacional.

Nesse ensejo, foram discutidas também as potencialidades e as fragilidades advindas das vivências entre as equipes de enfermagem e as pessoas idosas. As reuniões se mostraram momentos potenciais de troca de saberes, de experiências e de reflexões. Foram importantes não só para as discussões no contexto da institucionalização mas também da ciência da enfermagem

gerontológica. As enfermeiras se mostraram entusiasmadas e colaborativas em criar redes e melhorar as realidades das ILPIs em que trabalham.

- **Reuniões específicas para assuntos profissionais**

Houve uma **reunião com enfermeiros de empresas** que ofertam cursos de cuidadores de idosos e o COREn-AL, a respeito de uma resolução que versava sobre os cuidadores. Esse momento contou com a participação da Coordenadora do DCEG Nacional, Enfermeira Rosimeire Ferreira Santana, que contribuiu muito com a discussão. Nesse momento, discutimos sobre a formação e atribuição desses cuidadores e uma proposta foi elaborada e enviada ao DCEG Nacional.

- **Oficina sobre estimulação cognitiva**

Em 2018, a convite do DCEG-AL, a ABEn-AL recebeu em suas dependências a Enfermeira Ana Maria Campos de Oliveira França, especialista em Saúde do Idoso pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), que conduziu uma oficina sobre estimulação cognitiva voltada para pessoas idosas. Na ocasião, foram discutidas as seguintes temáticas: avaliação geriátrica ampla (AGA); instrumentos de avaliação; declínio cognitivo; demência do tipo Alzheimer; condutas para orientação familiar; atividades desenvolvidas pela enfermagem na atenção básica; ambulatório e atividades práticas para estimulação cognitiva.

A oficina foi realizada em alinhamento com a ideia de que a preservação da capacidade cognitiva do idoso possui relação com o processo de envelhecimento bem sucedido e que a estimulação cognitiva pode ser útil, quando incluída num programa de promoção à saúde da pessoa idosa (APÓSTOLO et al., 2016). Participaram do momento seis enfermeiras e cinco estudantes de enfermagem. O evento foi bastante produtivo e despertou nos participantes o desejo de aplicar os conhecimentos adquiridos, bem como evoluir com os estudos sobre a temática.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Figura 2:** Oficina de Estimulação cognitiva com a Enfermeira Ana Maria Campos de Oliveira França

**Figura 3:** Membro do DCEG-AL e Enfermeira Ana Maria em demonstração de estratégia para estimulação cognitiva na pessoa idosa.

- **Representação do departamento em eventos científicos**
- **Nacional e internacional**

O **II Congresso Nacional de Envelhecimento Humano (CNEH)** aconteceu em 2016, na cidade de Natal-RN, e teve como tema "Envelhecer: Construindo Diálogos Interdisciplinares". Os membros do DCEG-AL participaram na apresentação do trabalho intitulado "O processo de envelhecimento humano no currículo de um curso de graduação em enfermagem no nordeste brasileiro: um relato de experiência", e do minicurso sobre "Incontinências esfincterianas, retenções intestinais/urinárias e vulnerabilidades após 65 anos: Sistematização da Assistência de Enfermagem".

**Figura 4:** Membros do DCEG no CNEH de 2016 em Natal-RN.

**Figura 5:** Poster do DCEG-AL no CNEH de 2016 em Natal-RN.

ISBN 978-65-86901-26-9

No ano de 2017, em Maceió-AL, aconteceu o **69º Congresso Brasileiro de Enfermagem (CBEn)** com o tema "O trabalho da enfermagem na construção de uma sociedade democrática". Nesse momento de extrema importância na atuação do DCEG-AL, contribuímos desde a organização – com participação dos membros nas Comissões Social e de Infraestrutura – bem como secretariando a mesa redonda intitulada "O coletivo como objetivo do cuidado de enfermagem: alguns enfoques"; na avaliação de trabalhos científicos e apresentação de trabalho com o tema "Reflexão sobre o impacto da especialização, na modalidade residência para a formação do profissional enfermeiro". Nesse congresso o departamento se fez presente ainda na **reunião científica organizada pelo DCEG Nacional**, em que foi possível compartilhar as vivências locais e contribuir com as discussões acerca da enfermagem gerontológica.

**Figura 6:** DCEG-AL presente no 63º CBEn em 2017, em Maceió-AL.

O **V Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH)**, em 2017, também aconteceu em Maceió com o tema "Ciência e Representações da Longevidade". Esse um dos eventos que sempre tem merecido atenção do DCEG-AL, por sua importância social e também pela organização. O departamento contribuiu com o estímulo à participação dos discentes por meio de orientações de trabalhos, a exemplo: "Aplicabilidade das escalas de avaliação do estado de saúde do idoso: relato de experiência" e "A caderneta de saúde da pessoa idosa no contexto da atenção básica".

Também em 2017, participamos da **11ª Jornada de Enfermagem Gerontológica,** em Belo Horizonte-MG, com o tema "Diferentes maneiras

ISBN 978-65-86901-26-9

de envelhecer: experiências e perspectivas para a Enfermagem". Esse tema revelou a preocupação da ABEn com os sentidos do envelhecer, a diversidade envolvida neste processo e os desafios que a Enfermagem deve enfrentar para construir práticas de qualidade para a população idosa.

Na ocasião, os membros do departamento tiveram a oportunidade de fazer *networking* com pessoas de todo o Brasil, apresentaram trabalhos ("Processo de construção da multiprofissionalidade: percepção dos preceptores de uma residência multiprofissional em saúde"; "Evolução dos casos de HIV/aids em pessoas idosas atendidas em um hospital universitário do nordeste"); participaram de cursos ("A abordagem da enfermagem ao idoso com demência e seus familiares") e dos eventos culturais.

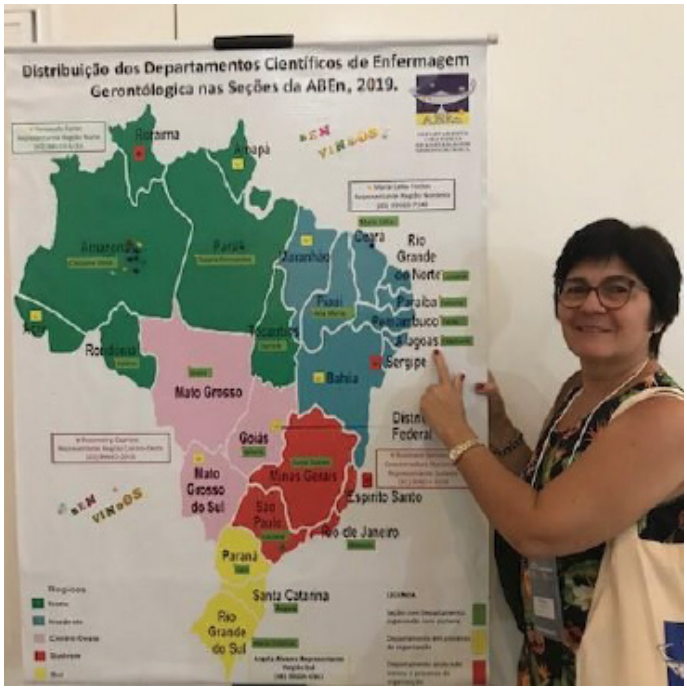
**Figura 7:** Membro do DCEG-AL na 11ª JBEG em 2017 em Belo Horizonte-MG.

Já na **12ª Jornada Brasileira de Enfermagem Gerontológica** em 2019, na cidade de Manaus-AM, com o tema "Enfermagem e os sentidos da Equidade", a participação foi por meio da apresentação dos trabalhos "Abordagem do envelhecimento no ensino superior" e "Comorbidades na pessoa idosa indicativas da necessidade de cuidados paliativos na atenção básica". A jornada discutiu três eixos: desafios para a prática de justiça social e de sustentabilidade ambiental; desafios para uma prática equânime e grupos sociais heterogêneos: classes, gênero, geração, raça, etnia e cultura; desafios para a produção equânime e sustentável do cuidado às pessoas, famílias e comunidades em situação de vulnerabilidade.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Figura 8:** Membro do DCEG-AL na 12ª JBEG em 2019 em Manaus (foto da internet).

**Figura 9:** DCEG-AL presente na 12ª JBEG, Manaus-AM.



- **Local:**

Em 2016, numa parceria com o Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos (GPMI) da Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), foram realizados o **I Fórum de Enfermagem Gerontológica de Alagoas** e o I Fórum Multiprofissional do GPMI, esse último contou com a presença da professora Angela Alvarez, presidente da ABEn Nacional à época. Os eventos contaram com mesas redondas, palestras, momentos de discussão e reflexões a respeito da temática.

O **II Fórum de Enfermagem Gerontológica de Alagoas** foi realizado em 2018, também em parceria com o Grupo de Pesquisa Multiprofissional sobre Idosos (GPMI) da Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR), da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), juntamente com III Fórum Multiprofissional do GPMI. Na ocasião uma das enfermeiras, membro do departamento, apresentou uma palestra que tinha como objetivo relatar as experiências exitosas do DCEG-AL. Foi uma contribuição que enriqueceu o evento de modo dialógico e instigante, pois vários alunos se mostraram interessados na especialidade.

**Figura 10:** Universidade Federal de Alagoas-local do II Fórum de Enfermagem Gerontológica com a participação do DCEG-AL

- **Participação na confecção de cartilha sobre cuidados com a pessoa idosa**

Os membros do DCEG-AL foram convidados para participar da elaboração de um dos capítulos de uma cartilha intitulada "O cuidado como fonte de vida para a pessoa idosa", cuja finalidade é orientar os cuidadores de pessoas idosas. Esse projeto foi uma iniciativa de um hospital particular do estado em

ISBN 978-65-86901-26-9

parceria com os profissionais que são referência na área da geriatria e gerontologia na cidade de Maceió.

- **Participação na confecção de um *e-book* sobre idoso**

O DCEG-AL foi representado na construção do primeiro capítulo do *E-book* intitulado: "Enfermagem gerontológica no cuidado ao idoso em tempos da COVID-19" – da série enfermagem e pandemias – organizado pelo DCEG Nacional. Essa produção foi um marco importante para a história do departamento, pois contribuiu com uma ampla visão da pessoa idosa no momento da pandemia da COVID-19. Essa obra contou com a produção científica de membros dos DCEGs da maioria dos estados brasileiros, tem sido amplamente divulgada e apresenta-se como uma relevante referência para a enfermagem gerontológica em nível nacional. O DCEG-AL também participa com um capítulo que irá compor o segundo volume da série pandemias.

**Figura 11:** E-book do DCEG Nacional e com a participação do DCEG-AL

- **Elaboração de pesquisa científica sobre idoso no momento da pandemia COVID-19**

Tendo em vista o contexto pandêmico atual e a necessidade de contribuir de forma efetiva e embasada em evidências científicas, o DCEG-AL sentiu a necessidade de desenvolver um estudo sobre a realidade gerencial das ILPIs do estado. A pesquisa, que está em andamento, é voltada para o gerenciamento das ILPIs nesse momento de pandemia da COVID-19 e conta com a participação da representante do núcleo de atenção ao idoso da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas.

## Considerações finais

Este relato descreveu a trajetória do DCEG-AL e sua importante participação na Associação Brasileira de Enfermagem, seção Alagoas. Evidenciou as contribuições realizadas, desde 2015, ofertadas à comunidade alagoana de enfermagem e a sociedade em geral, a partir da disseminação do conhecimento científico quanto a enfermagem gerontológica, bem como na divulgação de eventos, pesquisas e produções relevantes para a evolução da enfermagem nesta área no estado.

O DCEG-AL junto com a ABEn-AL visa despertar todo o corpo de enfermagem alagoano para a importância do conhecimento científico e da capacitação prática para a prestação de cuidados cada vez mais eficazes e eficientes à pessoa idosa, bem como atrair a categoria para o departamento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALVAREZ, Â.M. et al. Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da Associação Brasileira de Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 177-181, Set. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 Jul. 2020. https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700023.

APÓSTOLO, J.L, CARDOSO, D.F., PAÚL, C., RODRIGUES, M.A., MACEDO, M.S. Efectos de la estimulación cognitiva sobre las personas mayores en el ámbito comunitario. **Enferm Clin.** v. 26, n. 2, p. 111-120, Mar-Abr 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862115001710. Acesso em: 01 de Jul. 2020. doi:10.1016/j.enfcli.2015.07.008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Resolução CONABEn n.º 01/2009, de 15 de dezembro de 2009**. Dispõe sobre a criação do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica. 2009. Disponível em: http://www.abennacional. org.br/index.php?path=260. Acesso em: 07 de Jul de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Portaria n.º 02/2010, de 16 de junho de 2010.** Dispõe sobre a Nomeação dos Componentes do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://www. abennacional.org.br/index.php?path=260. Acesso em 07 de Jul de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, seção Alagoas. **Portaria n.º 01/2020, de 30 de maio de 2020.** Dispõe sobre a Nomeação dos Componentes do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica da seção Alagoas. 2020. Disponível em: https://www.abenalagoas.org/. Acesso em: 30 de Mai. 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução 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, Diário Oficial da União 27 nov 2005;

Seção 1. Brasília, DF: ANVISA, 2005. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-283-de-26-de-setembro-de-2005. Acesso em 01 Jul. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Nº 358 do Conselho Federal de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em : http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em 01 Jul 2020.

FREITAS, M. C. C.; GUEDES, M. V. C. Desafios na formação de enfermeiros para a gestão do cuidado à pessoa idosa no sistema único de saúde. *In:* Associação Brasileira de Enfermagem.

ALVAREZ, Ângela Maria; CALDAS, Célia Pereira, GONÇALVES, Lucia Hisako Takase, organizadoras. **PROENF** Programa de atualização em enfermagem: saúde do idoso: Ciclo 2. Sistema de Educação Continuada à Distância, v.1. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2019. p. 11-51.

SILVA, J. L, MACHADO, D. M. Enfermagem brasileira em 90 anos de história associativa: contribuições da Associação Brasileira de Enfermagem. **Hist enferm Rev eletrônica**. v. 9, n. 2, p. 131-140, 2018. Disponível em: http://here.abennacional.org.br/here/v9/n2/a4.pdf. Acesso em: 28 Jun. 2020.

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, June 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en &nrm=iso. Acesso em: 26 de Jun. 2020. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A.C. G.; SILVA, A. L. A. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 309-320, June 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000200309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 June 2020. Epub Nov 16, 2016. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0136.

# CONFECÇÃO DE MÁSCARAS ARTÍSTICAS: PERCEPÇÃO DO EU E NOVAS POSSIBILIDADES DE (RE)EXISTÊNCIA

Raíra Kirlly Cavalcante Bezerra[1]

**Resumo:** A arteterapia se baseia num processo terapêutico que serve de recurso expressivo a fim de conectar os mundos internos e externos, baseia-se na expressão da criatividade através da arte, caracterizada por permitir que o objeto artístico fale através da imaginação. Este estudo teve como objetivo, descrever a importância de uma oficina de arteterapia como um instrumento terapêutico em um grupo de mulheres idosas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Quixeramobim-Ce. A metodologia utilizada para este trabalho se caracteriza de natureza aplicada, de abordagem qualitativa de caráter exploratório e descritivo, na modalidade de relato de experiência. Os dados foram coletados por meio da vivência de uma oficina de arteterapia realizada em um grupo de mulheres idosas no CAPS, em que foi realizada a construção de máscaras artísticas do próprio rosto de ataduras gessadas. Foi possível constatar, que a confecção de máscaras no grupo, possibilitou a promoção da criatividade e expressão de conteúdos inconscientes, proporcionando que mulheres da terceira idade, entrassem em contato consigo mesmas e refletissem sobre a construção e desconstrução do autoconceito, da forma como cada uma é e se percebe no mundo, impactando em uma melhora na sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Arteterapia, Pessoas Idosas, Saúde Mental, Processos grupais, Máscaras.

1 Mestranda do Programa em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN (rairakirlly29@gmail.com)

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde o período de 1975 a 2025 será considerado como a "era do envelhecimento". Atualmente, diversos países, especialmente os em desenvolvimento, têm evidenciado o investimento na atenção à saúde do idoso como uma necessidade social (OMS, 2005)

O envelhecimento populacional representa um grandioso desafio para os serviços de saúde, devido ao estigma imputado à população idosa, que é destituída do seu papel social. Sendo essencial repensar as práticas de saúde voltadas a esse grupo, o que atravessa desde a formação profissional até a educação permanente do trabalhador da saúde (SANTOS et al, 2017).

A terapia de grupo no Brasil é praticada por grande número de profissionais em diferentes áreas. O trabalho com grupos é constituído como um dos principais recursos terapêuticos nos mais diversos contextos de assistência à saúde e, principalmente, no campo da saúde mental. Esse incremento decorre, em grande parte, das condições criadas a partir da reforma psiquiátrica, tendo por foco a ressocialização do indivíduo em sofrimento psíquico (SOUZA, 2004).

Com o grande crescimento do número de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a criação de políticas de assistência à pessoa com sofrimento mental voltada para a atenção primária e secundária, o atendimento em grupo é considerado um dos mais importantes recursos terapêuticos nesses contextos (LANCETTI, 1993).

As trocas de experiência são frequentes nos mais diversos grupos terapêuticos, o diálogo com os demais membros, e as mudanças que isso gera tanto na vida pessoal do paciente como os benefícios desenvolvidos no grupo. É através do convívio entre os participantes que surgem os debates acerca das práticas do cuidado, e é nesses encontros que os meios para a resolução dos problemas coletivos acontecem, buscando alternativas e apoio emocional para sua superação. (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

Um grupo terapêutico específico para o público feminino, favorece um grande papel no fomento de debates a respeito do que é saúde e de que maneira pode-se pensar na saúde da mulher para além da questão reprodutiva, mediante a necessidade de cuidar de outras esferas, com um olhar mais ampliado, acolhedor e biopsicossocial, além de proporcionar espaço para discutir questões que lhe angustiam (MOTA, FIGUEREDO, QUEIROZ,

2019), principalmente ao público idoso, que sofre com maior intensidade com os aspectos de solidão, medo quanto ao processo de envelhecimento e agravo de suas condições clínicas, sendo um grupo essencial para o fortalecimento na interação dos participantes, promovendo apoio mútuo, recuperação de autoestima e relações sociais (MORAGAS, 2010).

A arteterapia baseia-se na expressão da criatividade e imaginação através da arte, sendo que esta se caracteriza por permitir que o objeto artístico fale através da imaginação. O trabalho com arteterapia, seja por meio de pinturas, desenhos, modelagens, teatro, música ou outros tipos de expressão, conseguem trazer à tona conteúdos simbólicos com muita facilidade e rapidez. Diante de situações emocionais traumáticas ou diversas outras situações delicadas, a arte se mostra como um recurso revelador. E assim de maneira bastante prazerosa, o paciente, vai entendendo o que atrapalha o seu bem viver e vai resignificando e dando outros destinos aos seus problemas (CARNEIRO, 2016).

Este trabalho possui como objetivo descrever a importância de uma oficina de arteterapia como um instrumento terapêutico em um grupo de mulheres idosas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em um município do interior do Ceará.

## Referencial teórico

A arteterapia é um instrumento fundamental para auxiliar no processo criativo dos pacientes na busca do estado mental, físico e emocional equilibrados. De acordo com Oliver (2008), se caracteriza como uma ciência fundamentada em medicina e artes em geral, que através de fundamentação teórica, se propõe a aliviar ou curar os indivíduos através da expressão artística, priorizando o processo criativo.

A história da arteterapia recebeu influência de áreas do conhecimento como a Psicanálise Freudiana, que, no início do século XX, interessou-se pela arte como meio de manifestação do inconsciente através de imagens. Freud detectou que o artista pode simbolizar concretamente o inconsciente em sua produção, mostrando conteúdos do psiquismo. No Brasil, dois psiquiatras se destacaram por suas grandes contribuições na fundamentação teórica da arteterapia, tais como: Osório César, em 1923, e Nise da Silveira, em 1946 (COQUEIRO, VIEIRA, FREITAS, 2010).

Segundo Andrade (2000), Nise da Silveira foi uma personalidade essencial no cenário brasileiro que utilizou as expressões artísticas como forma de

promoção da saúde, que, a partir de 1946, na Seção de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico D. Pedro II em Engenho de Dentro, iniciou seus trabalhos e, posteriormente, em 1952, este local se transformou no Museu de Imagens do Inconsciente, tornando-o um lugar de grande valor valor sociopolítico no mundo das artes (FRAYZE-PEREIRA, 2003).

Sei (2014) em seu estudo, retrata que o arteterapeuta deve refletir sobre o tipo de material e sua consonância com as fases de desenvolvimento do indivíduo, uma vez que a arteterapia pode ser aplicada em todas as faixas etárias, desde a infância, adolescência, fase adulta até a velhice, podendo ser desenvolvida de forma individual ou coletivamente por meio de um grupo.

> Uma estratégia de intervenção terapêutica que visa promover qualidade de vida ao ser humano por meio da utilização dos recursos artísticos advindos principalmente das Artes Visuais, mas com abertura para um diálogo com outras linguagens artísticas. Foca-se o indivíduo em sua necessidade expressiva e busca-se ofertar um ambiente propício ao surgimento de uma expressividade espontânea e portadora de sentido para a vida. (SEI, 2009, p. 6)

Na rede de atenção psicossocial, a arteterapia principalmente através da expressão simbólica, influencia o protagonismo do indivíduo propiciando a autonomia dele, promove à auto-organização, desenvolve a criatividade, permite uma melhor expressão das emoções e novas formas de agir, ser e sentir o mundo. O atendimento pode ser individual ou em grupo, sempre visando o acolhimento do usuário que está em sofrimento psíquico e sua reintegração na sociedade e na família (TAVARES, PRESTES, 2018).

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, que segundo Gil (2008), a sistematização da experiência se faz necessário, visto que a partir dela é propiciado um compartilhamento de conhecimentos, aprendizagem, maior interação, socialização entre os elementos envolvidos, crenças, valores e fenômenos inéditos e irrepetíveis.

Com natureza qualitativa e um caráter exploratório e descritivo, corroborando com Minayo (2001), essa abordagem trabalha o universo de seus significados , motivos, valores, crenças, permitindo conhecer, aprofundar sobre o tema, conectando suas ideias para compreender suas causas.

A experiência foi vivenciada durantes o mês de abril de 2019 dentro de um processo de Especialização, na modalidade Pós-Graduação, por meio do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), vinculado à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), sendo resultado de uma oficina em um grupo de mulheres idosas sugerida por meio de curso de facilitação de grupos terapêuticos no contexto da atenção psicossocial da ESP/CE, com ênfase na arteterapia com confecção de máscaras artísticas.

O trabalho foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr Laerson Bezerra de Castro, localizado no município de Quixeramobim, na região do Sertão Central do estado de Ceará. A referida instituição de saúde é compreendida na modalidade tipo II, a qual, segundo a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002, possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 2002).

A atividade proposta como projeto do curso de capacitação de práticas terapêuticas baseou-se em dois encontros levando a temática de reconhecimento pessoal com foco na arteterapia com confecção de máscaras do próprio rosto de ataduras gessadas. Durante o primeiro encontro, os profissionais residentes explicaram como se daria o processo de construção das máscaras e no segundo encontro aconteceu uma roda de conversa com discussões sobre como técnicas de arteterapia, com foco na construção de máscaras artísticas de geso pode influenciar a qualidade de vida de usuaárias idosas. Os principais objetivos dessa técnica era despertar sentimentos relacionados ao autoconhecimento, autoimagem e percepção de si mesmo, abrindo espaço com o outro dentro e fora de nós, processo este que tem função primordial na construção e desconstrução de saber próprio, impactando na qualidade de vida aos usuários (BERNARDO, 2008).

## Resultados e discussão

O grupo de Mulheres do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr Laerson Bezerra de Castro, do município de Quixeramobim, teve seu início com a inserção da equipe de residentes da Escola de Saúde Pública com ênfase em Saúde Mental em maio de 2018 e era chamado de Empoderat.

Acontecia semanalmente, todas as terças feiras no período da manhã, tendo em média 10-15 participantes em sua totalidade idosas, com aproximadamente 1 hora de duração. Tanto a equipe de residentes como os profissionais do serviço, eram responsáveis pelas atividades dos grupos. O objetivo do

mesmo se propunha em favorecer a reinserção de mulheres na comunidade, onde as mesmas apresentavam dificuldades na socialização devido sua idade, perda de ânimo para realizar as atividades diárias, quadros depressivos e de ansiedade.

O grupo se mostrava relevante por promover uma maior autoestima, trocar experiências, compartilhar desejos e expectativas, favorecendo uma interação entre o público feminino. Por ser um grupo aberto, a assiduidade era flexível e variava de acordo com a semana, contudo existia um vínculo forte entre os participantes e os profissionais. Durante os encontros, eram utilizadas metodologias ativas através de dispositivos de prevenção e promoção de saúde, como acolhimento e vínculo pelas equipes, sendo uma delas a prática de arteterapia.

Um dos principais objetivos da arteterapia é despertar sentimentos relacionados ao autoconhecimento, autoimagem e percepção de si mesmo, abrindo espaço com o outro dentro e fora de nós, processo este que tem função primordial na construção e desconstrução de saber próprio (BERNARDO, 2008), como pôde ser observado através das confecções das máscaras.

Caracterizada como uma das filhas amorosas da arte, a arteterapia segundo Fabietti (2015), constitui-se em um caminho para o potencial criativo emergir e também em uma via de acesso no processo de compreensão e elaboração de conteúdos emocionais, comprovando sua eficácia na reconstrução da identidade pessoal; no aumento da autoestima, na sublimação dos desequilíbrios psicoemocionais, nas redescobertas do cotidiano, na lapidação de virtudes e no aflorar da sensibilidade humana.

No contexto de políticas públicas, a arteterapia é realizada principalmente na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Contudo, diversos estudos retratam sua importância para a desinstitucionalização da saúde mental, uma vez que reinsere com seus ateliês fora das sedes da RAPS o sujeito em sofrimento psíquico e esse passa a ser visto por quem se é e não por sua "doença mental" (TAVARES, PRESTES, 2018).

Foi possível constatar, por meio da oficina de construção de máscaras artísticas de geso, a possibilidade das mulheres na terceira idade, de entrarem em contato consigo mesmas e refletirem sobre a construção e desconstrução do autoconceito, da forma como cada uma é e se percebe no mundo, contribuindo para uma melhora na qualidade de vida. Além disso, a pintura das máscaras, após finalizadas permitiu que as participantes pudessem recriar

novas possibilidades acerca da sua autoimagem. A Figura 1 demostra o resultado de máscaras produzidas durante a oficina.

**Figura 1:** Máscaras confeccionadas durante a oficina de arteterapia no grupo de mulheres idosas.

A arteterapia vem sendo utilizada por profissionais tanto da saúde como da educação, nas tarefas de compreensão e elaboração de alguns conteúdos emocionais, os quais estão presentes em todos os ciclos da vida e ganham contornos singulares na velhice. Por isso, nota-se a importância da arteterapia no oferecimento de subsídios para que os sujeitos desenvolvam um olhar mais ampliado e que permita a adoção de novas posturas e a ressignificação da vida, fazendo-os se dedicar à construção de uma existência mais gratificante (FABIETTI, 2015).

Apesar dos recursos serem mínimos, o local disponibilizou todo o material necessário para a realização da oficina e mesmo com recursos restritos, os profissionais são capacitados e utilizam de tecnologias leves, para um melhor funcionamento e desenvolvimento de atividades, possuindo um olhar detalhado, humano e uma escuta qualificada, observando a singularidade de cada participante, proporcionando assim, um maior cuidado integral dos mesmos e constribuindo para uma melhora na qualidade de vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

Por meio da vivência, constatou-se como a confecção das máscaras possibilitou a promoção da criatividade e expressão de conteúdos inconscientes, sendo entendida não como objeto de apreciação e magia, mas como importante símbolo de identidade.

Percebeu-se que todas as participantes ficaram satisfeitas com as máscaras finalizadas, algumas até emocionadas, pois associaram as máscaras com elas no passado. Pôde-se constatar, que a arteterapia para mulheres idosas tendeu os objetivos que foram propostos. A oficina se configurou como um lugar em que as mulheres idosas podiam falar de si e de suas vivências de modo dinâmico, dentro de uma perspectiva horizontal de relação entre usuárias e profissionais, constituindo-se como uma técnica capaz de promover saúde ao referido público. A reinserção desses sujeitos no convívio social, mostrou-se um fator fundamental para a saúde mental das participantes do grupo.

## Agradecimentos

A todos que fizeram parte direta ou indiretamente deste trabalho. As participantes do grupo Empoderat, aos profissionais de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dr Laerson Bezerra de Castro, a Residência Integrada em Saúde e a Escola de Saúde Pública do Ceará.

## Referências

ANDRADE, L.Q. **Terapias Expressivas**. São Paulo: Vetor, 2000.

BERNARDO, P.P. **A prática da arteterapia: correlações entre temas e recursos, volume I: temas centrais em arteterapia**. São Paulo: Ed: Do Autor, 2008.

BRASIL. **Portaria/gm Nº 336 – de 19 de fevereiro de 2002:** Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. São Paulo.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v.11, n. 3, p. 775-83, 2006.

CARNEIRO, C. **Revista Transdisciplinar: Uma oportunidade para o livre pensar.** Arteterapia e o 12º congresso brasileiro de arteterapia, v.8, n.8, 2016.

COQUEIRO, N.F.; VIEIRA, F.R.R.; FREITAS, M.M.C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 859-862, 2010.

FABIETTI, D. M. C. F. **Arteterapia e envelhecimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. **Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política**. In: Estudos Avançados, v. 17, n. 49, pg. 197- 208, 2003.

GIL , A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

LANCETTI, A. **ClÍnica grupal com psicóticos: a grupalidade que os especialistas não entendem**. In: Lancentti A, diretor. Saúde e loucura: grupos e coletivos. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993. p.155-71.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social. teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MORAGAS, R. M.; **Gerontologia Social: envelhecimento e qualidade de vida**. 3ª Ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

MOTA, T.T.S.; FIGUEREDO, A.C.B.; QUEIROZ, T.F. Floreser: A inclusão de mulheres em um CAPS álcool e drogas de Aracaju-SE.**Ciências Biológicas e de Saúde Unit** , v. 5, n. 2 , p. 135-144 , 2019.

OLIVER, L. **Psicopedagogia e Arteterapia. Teoria e prática na aplicação em clínicas e escolas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p.61, 2005.

SANTOS, C. M. L.; FERREIRA, S. M. S. P.; ALMEIDA, C. S.; DE JESUS, F. C. S.; SILVA, I. D. F. O.; DE SOUZA, J. et al. Arte como promotora de saúde na terceira idade: um relato de experiência. **Revista UFG**, v.17, n.20, p.44-60, 2017.

SEI, M.B **Arteterapia com famílias e psicanálise winnicottiana: uma proposta de intervenção em instituição de atendimento à violência familiar**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo; 2009.

SEI, M.B **Arteterapia e as fases do desenvolvimento humano: apontamentos gerais**. In: Revista de Arteterapia da AATESP, v. 5, n. 2, p. 23-34, 2014.

SOUZA, A.M. A.; FRAGA, M.N.O.; MORAES, L.M.P. ; GARCIA, M.L.P .; MOURA, K.D.R .; ALMEIDA, P.C.; MOURA, E.M.V.M. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 13, n. 4, p. 625-632, 2004 .

TAVARES, J.R.; PRESTES, V.R.; Arteterapia como estratégia psicológica para a saúde mental. **Revista da Iniciação científica**, v. 3, n. 1, p.1-17, 2018.

# CONTRIBUIÇÕES DA PSICOMOTRICIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO NO CONTEXTO BRASILEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Elaine Custódio Rodrigues Gusmão[1]
Allany Kaline Nascimento Gomes[2]
Gabriela Stéfany Alves de Lima[3]

**Resumo:** O envelhecimento populacional no Brasil se apresenta como um desafio em saúde, pois mesmo diante dos declínios decorrentes da terceira idade, o aumento da expectativa de vida é acompanhada pela demanda da autonomia e da qualidade de vida. Diante disso, se revela como crucial o investimento em práticas em saúde que focalizem e estimulem as potencialidades em detrimento das fragilidades vivenciadas pelos idosos. Deste modo, foi realizada uma Revisão Sistemática objetivando verificar as contribuições da Psicomotricidade, nos últimos dez anos, para a promoção da saúde do idoso no contexto brasileiro. Foram analisados 10 artigos publicados em língua portuguesa nas bases SciELO, BVS e periódicos CAPES. Observou-se que as produções científicas com a população idosa ainda são incipientes na área, bem como percebeu-se que os estudos realizados estão concentrados em determinados campos do saber. Entretanto, verificou-se que as pesquisas demonstram contribuições significativas nos processos funcionais, psicológicos e sociais, ressaltando a intersecção e cooperação de tais aspectos na prática psicomotora em idosos, o que auxilia a promoção integral da saúde e da qualidade de vida.
**Palavras-chave:** Envelhecimento; Qualidade de vida; Psicomotricidade; Idoso; Saúde.

---

1 Docente pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, lainecr.psi@hotmail.com;

2 Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, allanykaline@hotmail.com;

3 Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, gabrielasalveslima@hotmail.com;

## Introdução

O envelhecimento é um processo repleto de fatores comuns à coletividade, porém deve ser vivenciado de modo singular por cada pessoa. Sendo assim, torna-se importante compreendê-lo em sua totalidade, considerando a intersecção entre fenômenos biológicos, psicológicos, socioculturais e existenciais, uma vez que afetam os aspectos relacionais da pessoa idosa com o tempo, com o outro, com o mundo e com sua historicidade. O envelhecer considerado um aspecto multifacetado do desenvolvimento humano ao longo de todo o curso da vida (Dawalibi, et al., 2013). Nesse sentido, NERI (2013) enfatiza que:

> "A trajetória do envelhecimento humano comporta expressiva variabilidade, dependendo do nível de desenvolvimento biológico e psicológico atingido pelos indivíduos em virtude da ação conjunta da genética, dos recursos sociais, econômicos, médicos, tecnológicos e psicológicos" (p. 20).

A população idosa vem crescendo rapidamente no cenário brasileiro, estima-se que ocorrerá um aumento circunstancial do envelhecimento populacional ao longo dos próximos anos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Brasil (IBGE), o ritmo de crescimento da população idosa tem ocorrido intensamente, de forma consistente, uma vez que houve o aumento da qualidade de vida da população. Assim, os dados mostram que até o ano de 2060 a população idosa (acima dos 65 anos) será de 25,49% em todo o Brasil, ou seja, um em cada quatro brasileiros terá acima dos 65 anos, o que equivale aproximadamente a 58,5 milhões de pessoas (IBGE, 2020).

No que concerne ao perfil epidemiológico dos idosos no Brasil, é possível afirmar que marcado por várias doenças, principalmente doenças crônicas como diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HA), acidente vascular cerebral (AVC) e outras. Prevalece também, déficits progressivos nas funções cognitivas (demências), transtornos psicológicos (depressão), obesidade (devido ao sedentarismo) e disfunções orgânicas (perda de equilíbrio), que afetam a circulação e funcionalidade do corpo idoso. A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, vale ressaltar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição social ou do desempenho dos seus papéis sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

ISBN 978-65-86901-26-9

Nesse contexto, estão emergindo reflexões e diálogos em relação ao envelhecimento e possíveis práticas que minimizem os fatores de riscos, visto que são inúmeros e que apontam esse ciclo da vida como um desafio. Na terceira idade, os idosos se tornam vulneráveis aos riscos socioeconômicos como o preconceito, o estigma, a exclusão, o baixo status ocupacional, a falta de políticas públicas e programas de acolhimento e a ociosidade após aposentadoria. Além disso, os declínios biológicos se desenvolvem de forma mais evidente, o que pode tornar o idoso mais suscetível, por exemplo, as doenças crônicas, somáticas, demenciais, como também a incapacidade funcional e intelectual. Além disso, os riscos psicológicos, a exemplo da baixa auto estima, sentimentos negativos (não aceitação/reconhecimento de si, incapacidade, não pertencimento, culpa, etc), se tornam mais presentes na velhice.

> "A transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. Esse processo impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando em novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e à atenção domiciliar" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em consonância, além de ações que minimizem os fatores de risco, se revela como imprescindível a formulação e efetivação de ações que fortaleçam os fatores de proteção, pois ao chegar na velhice, os sujeitos desejam ter autonomia funcional, aptidão física e mental para permanecer com a vida ativa e independente. Desse modo, podem conduzir as normativas da sua própria história, atender às necessidades pessoais e profissionais, tais como atividades da rotina diária, como fazer compras, limpar a casa, participar de atividades da comunidade recreativas/esportivas.

Envelhecer com funcionalidade e independência, torna-se primordial para que o idoso tenha qualidade na vida, pois a dependência acentua as fragilidades dessa fase, podendo corroborar com possíveis déficits cognitivos e motores, além de reforçar o isolamento social. Nesse sentido, Costa, Rocha e Oliveira (2012) expressam que envelhecer com capacidade passa a ser um fator importantíssimo para a boa qualidade de vida. Logo, pode-se atrelar a qualidade de vida de um indivíduo através do grau de autonomia com o que o mesmo desempenha as suas funções, fazendo-se independente dentro do seu contexto socioeconômico e cultural.

A concepção de qualidade de vida têm caráter subjetivo, visto que depende do estado emocional, das interações sociais prevalecentes, das experiências pautadas por valores que envolvem a criatividade, vivências e atitudes, do nível socioeconômico, do autocuidado, das atividades desenvolvidas, da visão sobre o processo saúde-doença, do suporte familiar, da satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive.

O envelhecimento mostra-se como uma fase que pode ser percebida e vivenciada de forma mais otimista, autônoma, de modo que explore as potencialidades dos sujeitos em detrimento das vulnerabilidades. Para Dawalibi et al. (2013), o processo de envelhecimento não é tido como sinônimo de doença, inatividade e/ou contração geral no desenvolvimento. Por isso, deve-se levar em consideração atividades, programas e experiências que direcionam o envelhecimento para um caminho mais satisfatório.

A vista disso, é possível citar potencialidades a serem exploradas nessa fase, a exemplo da socialização através de atividades em grupo, visto que promovem a criação de vínculos e a ampliação do universo cultural do idoso, desenvolvendo novas habilidades, como o autoconhecimento, a reflexão sobre o envelhecimento e a percepção da importância de investir em si, ou seja, de se autocuidar. Outro fator relevante, concerne no compartilhamento da experiência de vida, de modo que possibilita a partilha das tradições, promove a identificação, a construção de redes de apoio e a ampliação das possibilidades de enfrentamento e superação. Dessa maneira, o sujeito envelhecido pode olhar suas experiências exitosas e com significado, rememorando a importância que sua vida teve e tem.

As atividades psicomotoras revelam-se também como promotoras de qualidade de vida diante do processo de retrogênese, que é uma espécie de regressão funcional. A psicomotricidade é um conceito relativamente novo, em detrimento disso vem revelando efetividade, no cuidado do ser humano em todas as fases de seu desenvolvimento, com intuito de aumentar a capacidade de interação do sujeito com o ambiente através da atividade corporal e sua expressão simbólica.

Os exercícios psicomotores de forma geral, são necessários tanto para a prevenção, como para tratamento das dificuldades do corpo e da mente, assim, explora o potencial ativo de cada um. As atividades psicomotoras têm como finalidade a manutenção das capacidades funcionais, melhorando e aprimorando o conhecimento de si e a eficácia das ações, principalmente das atividades de vida diária (Costa, Rocha & Oliveira, 2012).

As atividades psicomotoras, por tratarem de movimentos corporais, podem ser realizadas por meio do relaxamento, de caminhadas, de atividades na água, de alongamento, da dança, da musculação, dentre outras. Tais exercícios promovem o cuidado não somente do corpo, mas também da mente, pois promovem, por exemplo, maior flexibilidade, equilíbrio, disposição, memorização, força muscular, atuando para a melhoria na qualidade de vida.

A psicomotricidade e a velhice, tem uma relação estreita, visto que uma das mudanças mais significativas durante o processo de envelhecimento é o declínio da capacidade de movimento (Costa, Rocha & Oliveira, 2012). Por esse motivo, é preciso haver investimento em atividades psicomotoras como forma de promoção à saúde do idoso, pensando na prevenção da doença, na interação e em uma velhice bem sucedida. Deste modo, a psicomotricidade detém um papel importante na promoção de saúde do idoso, por intermédio de diferentes dimensões (preventivas, educativas e reeducativas), possibilitando benefícios biopsicossociais e, consequentemente, qualidade de vida (Banzatto et al., 2015).

Considerando as discussões sobre o envelhecimento, seus respectivos desdobramentos, as possíveis estratégias de promoção de qualidade de vida e autonomia nesse ciclo da vida, foi realizada uma Revisão Sistemática objetivando verificar as contribuições da Psicomotricidade nos últimos dez anos para a promoção da saúde do idoso no contexto brasileiro.

## Metodologia

Foram realizadas buscas pareadas e independentes, nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nos Periódicos disponíveis no site da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por artigos que abordassem contribuições da Psicomotricidade para a promoção da saúde do idoso no contexto brasileiro. Para tanto, foram utilizadas as seguintes combinações de descritores/palavras-chave: psicomotricidade *and* idoso, psicomotricidade *and* envelhecimento e idoso *and* desempenho psicomotor.

Estudos presentes em duas ou mais fontes e/ou entre a busca de diferentes descritores foram contabilizados apenas uma vez. Artigos escritos em outro idioma (que não o português), que não disponibilizam o texto completo, que não delinearam estudos empíricos, que foram publicados antes de 2010 e que não retratam a temática pesquisada foram excluídos da investigação.

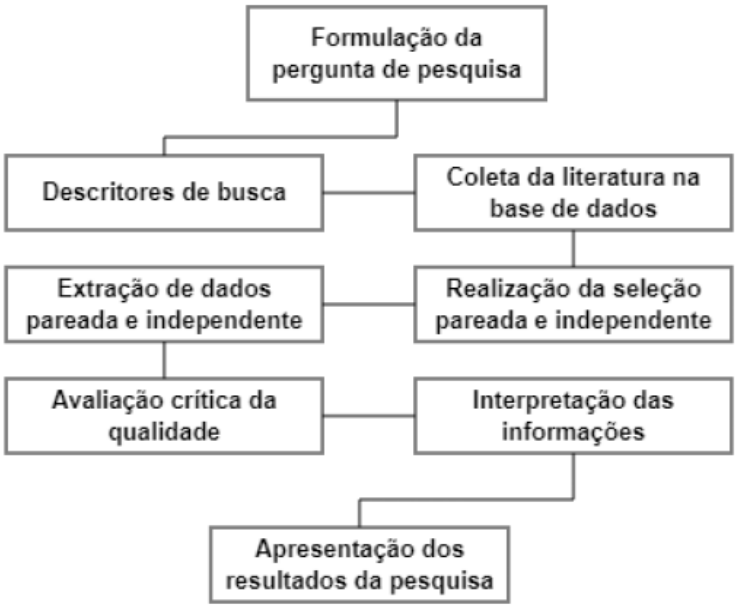
Deste modo, os critérios de inclusão foram: (1) Artigos publicados nos últimos 10 anos, entre 2010 e 2020; (2) Estudos empíricos que contemplem a temática pesquisada; e (3) Artigos que retratam o contexto brasileiro e que foram escritos na língua portuguesa.

Foram realizadas seleções pareadas e independentes com base nos critérios de elegibilidade a partir dos títulos e resumos dos artigos. Os estudos que foram selecionados após a referida etapa foram analisados na íntegra. Do mesmo modo, a extração de dados foi realizada de forma independente e pareada. Nos casos de discordância entre os autores, foram realizadas reuniões e se recorreu a uma terceira pessoa especialista na área para avaliação.

O processo de avaliação crítica, de análise da síntese e interpretação da evidência consistiu em: (1) verificar o desenho metodológico utilizado nos estudos (tipo de estudo, amostra e metodologia); (2) aferir os meios e a proporção anual das publicações; (3) analisar os objetivos e efeitos encontrados nos estudos; e (4) interpretar os dados encontrados em conformidade com a literatura pertinente.

O fluxograma apresentado na Figura 1 sumariza os passos para a realização deste estudo:

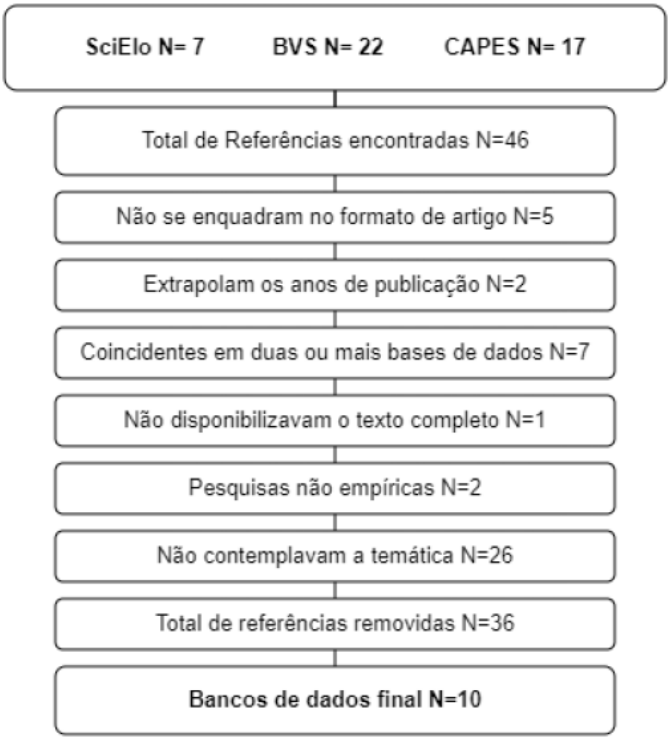
**Figura 1**: Fluxograma dos estágios de planejamento para a revisão sistemática



## Resultados e discussão

Durante a pesquisa nas bases de dados, foram identificadas 46 referências na língua portuguesa. Após a leitura e análise dos títulos e resumos foram excluídos cinco (5) estudos que não se enquadram no formato de artigo, dois (2) que extrapolam os anos de publicação estabelecidos, sete (7) duplicados/coincidentes, um (1) que não disponibiliza o texto completo, dois (2) que não são estudos empíricos e vinte e seis (26) que não contemplam a temática. Sendo assim, foram selecionados dez (10) artigos para a análise na íntegra, conforme o fluxograma apresentado na Figura 2.

**Figura 2:** Fluxograma das referências encontradas e selecionadas




A partir das buscas realizadas, observou-se que o número de pesquisas empíricas sobre intervenções psicomotoras e seus efeitos na população idosa é escasso, principalmente quando comparado a outros grupos etários, a exemplo das crianças. No que se refere às pesquisas com idosos, percebeu-se a ênfase

ISBN 978-65-86901-26-9

nos aspectos do declínio cognitivo em detrimento da estimulação psicomotora e seus efeitos.

Nos últimos 10 anos, os números de estudos publicados acerca da temática não é linear, deste modo, a média por ano é entre 0 e 1, havendo anos com maior proporção de publicações, a saber: 2010, 2014 e 2018, com 2 estudos cada. Tais dados identificam uma certa lacuna e revelam possíveis caminhos de pesquisas com a população da terceira idade.

No tocante aos meios de publicação, constatou-se a prevalência de estudos em Revistas voltadas para a área temática da Saúde (4) e da Educação Física (4), seguidas pela Enfermagem (1) e Educação (1). Deste modo, é possível perceber que as pesquisas científicas que abordam a Psicomotricidade e o envelhecimento, são mais comumente produzidas por profissionais da Educação Física, Geriatria e Fisioterapia. Por outro lado, ressalta-se que a

Psicologia e outros campos, voltados para promoção da saúde do idoso, raramente estão explorando e produzindo evidências científicas a respeito da referida temática.

Verificamos também que as áreas da saúde que publicaram estes estudos , dificilmente dialogam com demais áreas do conhecimento. Considerando que as atividades psicomotoras são desenvolvidas em vários contextos e por vários profissionais, a produção de pesquisas e estudos interprofissionais pode elucidar um parâmetro mais amplo e integrado, proporcionando relações cooperativas e cuidados em saúde mais efetivos para com a população idosa.

A análise do desenho metodológico dos artigos apontou para a prevalência de estudos, os quais foram identificados da seguinte forma: quatro (4) descritivo e quase experimental, dois (2) quase experimental, um (1) descritivo, um (1) descritivo e longitudinal, um (1) experimental e um (1) ensaio clínico não randomizado. Os estudos encontrados empregaram uma grande variedade de instrumentos, técnicas e baterias. Entretanto, as maiores frequências registradas foram referentes a três (3) Formulários Biodemográficos, a duas (2) Entrevistas estruturadas e semiestruturadas, a dois (2) WHOQOL-*bref* e a duas (2) Escalas de Equilíbrio de Berg (EEB). Todos os outros estudos obtiveram uma frequência igual a um (1). Verifica-se na Tabela 1 a apresentação desses dados, como também a exibição dos autores, ano das publicações, objetivos, amostras, métodos e resultados encontrados nas publicações.

**Tabela 1:** Estudos empíricos sobre as contribuições da Psicomotricidade na saúde do idoso

| AUTOR, ANO E OBJETIVO | TIPO DE ESTUDO | MÉTODO E AMOSTRA | EFEITOS ENCONTRADOS |
|---|---|---|---|
| Santos et al. 2014<br>Avaliar o desempenho da marcha de idosos praticantes de atividades psicomotoras. | Quase experimental | Amostra de conveniência e intencional de 15 idosos de ambos os sexos.<br>Avaliação por meio do Teste de equilíbrio Performance Oriented Mobility Assessment I (POMA) e do Miniexame de Estado Mental (MEEM) antes e depois da realização de atividades psicomotoras. | Melhora significativa no desempenho das atividades relacionadas à marcha. |
| Costa, Rocha & Oliveira 2012<br>Investigar se o nível de qualidade de vida da terceira idade é influenciado pela utilização de exercícios psicomotores como estratégia de educação em saúde. | Descritivo e quase experimental no pós teste | Amostra não probabilística e intencional de 40 idosos de ambos os sexos, dos quais 20 realizam atividades psicomotoras (GE) e 20 são inativos (GC).<br>Formulário Biodemográfico e avaliação com o instrumento WHOQOL-bref e a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB). | A prática de exercícios psicomotores é indicativa de uma maior percepção de qualidade de vida e de equilíbrio. |
| Ferreira, et al. 2016<br>Analisar o efeito de atividades psicomotoras sobre equilíbrio em idosos com Déficit Cognitivo Leve. | Quase Experimental | Amostra de 43 idosos de ambos os sexos.<br>Avaliações com a Escala de Tinetti e Escala Motora para Terceira Idade (EMTI) antes e após a realização de atividades psicomotoras. | As atividades psicomotoras favorecem o equilíbrio dos idosos com Déficit Cognitivo Leve. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | |
|---|---|---|---|
| Banzatto, et al. 2015<br>Analisar a percepção dos idosos a respeito da efetividade da fisioterapia através de atividades psicomotoras. | Descritivo | Amostra de 19 idosos institucionalizados de ambos os sexos que praticavam atividades psicomotoras.<br>Entrevista semiestruturada. | Os idosos institucionalizados relatam que a psicomotricidade contribui para o emocional e auxilia o desempenho físico e mental, melhorando a autonomia e capacidade de enfrentar suas limitações, proporcionando uma melhor condição de vida. |
| Rodrigues et al. 2010<br>Investigar o tempo de reação simples e o tempo de antecipação-coincidência, em idosos praticantes e não praticantes de física. | Experimental | Amostra de 66 idosos de ambos os sexos dos quais 34 eram praticantes de atividade física regular e 32 não praticantes.<br>Testes individuais do Tempo de reação simples (TRS) e da Antecipação-coincidência (AC), por meio dos instrumentos Multi-Choice Reaction Time Apparatus e o Bassin Anticipation Timer. | Performances mais elevadas do grupo de praticantes comparativamente ao grupo de não praticantes, nas duas tarefas. |
| Rubira et al. 2013<br>Avaliar o efeito da intervenção psicomotora no equilíbrio de idosos. | Ensaio clínico não randomizado não controlado simples cego | Amostra de 15 idosos de ambos os sexos.<br>Questionário de identificação; Avaliação Antropométrica; Avaliação do equilíbrio por meio da Baropodometria, Estabilometria e pela Escala de Equilíbrio de Berg antes e após intervenção psicomotora. | A intervenção psicomotora melhorou a dinâmica da marcha e o equilíbrio dos idosos. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lima et al. 2019<br>Analisar a utilização da Dança Sênior (DS) como recurso cinesioterápico de modo a favorecer a qualidade de vida do idoso. | Descritivo e quase experimental | Amostra de conveniência de 18 idosas de um grupo de Dança Sênior.<br>Análise documentária, observação sistemática e aplicação de um questionário em dois grupos, o primeiro composto por idosas que realizavam a atividade de DS pela primeira vez e o segundo composto por cinco idosas que praticam a atividade há 15 ou mais anos. | A dança pode ser desenvolvida como meio de prática de atividade física que dá às idosas condições de prevenção e manutenção das qualidades físicas, contribuindo também para a qualidade de vida e socialização |
| Fonseca, 2018<br>Avaliar os efeitos de um programa de treinamento de força nos indicadores de composição corporal e aptidão física funcional de idosos praticantes de musculação. | Descritivo e Longitudinal | Amostra por conveniência de 9 idosos ativos que participaram de treinamento resistido.<br>Questionário sociodemográfico; Avaliação (pré e pós intervenção) da Composição Corporal e Aptidão Física Funcional; Testes de Levantar da Cadeira, levantar e caminhar 3 m. e Sentar e Alcançar. | O treinamento periodizado de exercícios de musculação é uma alternativa eficiente no aumento dos índices de ApF e CC dos idosos, o que proporciona melhoria na autonomia e independência dessa população. |
| Moraes, Corrêa e Coelho, 2018<br>Avaliar a autonomia funcional, capacidades físicas e qualidade de vida de idosos engajados em atividades físicas nas academias da terceira idade. | Descritivo e quase experimental | Amostra de 45 idosas que foram divididas em 3 grupos: 1. controle (CON), com sedentárias; 2. fisicamente ativo entre 60 e 70 anos (A60+) e 3. fisicamente ativo acima de 70 anos (A70+).<br>A avaliação funcional foi feita através da bateria de teste de autonomia funcional, dos testes de sentar e levantar, sentar e alcançar, de marcha estacionária e do instrumento WHOQOL-bref. | A prática de exercício promove manutenção satisfatória da qualidade de vida, entretanto as capacidades físicas associadas à autonomia funcional estão aquém do ideal para essa população. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fonseca, 2018<br>Avaliar os efeitos de um programa de treinamento de força nos indicadores de composição corporal e aptidão física funcional de idosos praticantes de musculação. | Descritivo e Longitudinal | Amostra por conveniência de 9 idosos ativos que participaram de treinamento resistido.<br>Questionário sociodemográfico; Avaliação (pré e pós intervenção) da Composição Corporal e Aptidão Física Funcional; Testes de Levantar da Cadeira, levantar e caminhar 3 m. e Sentar e Alcançar. | O treinamento periodizado de exercícios de musculação é uma alternativa eficiente no aumento dos índices de ApF e CC dos idosos, o que proporciona melhoria na autonomia e independência dessa população. |
| Ovando e Couto 2010<br>Minimizar a perda funcional de idosos hospitalizados a partir da estimulação de aspectos psicomotores e investigar a influência no desempenho das atividades de vida diária dos pacientes durante a internação. | Descritivo e experimental | Amostra de 30 idosos hospitalizados de ambos os sexos que trabalharam todos os itens psicomotores.<br>Dados Bio e sociodemográficos; Avaliação do desempenho motor e cognitivo do período anterior a internação, na admissão na enfermaria e após a intervenção por meio da Medida de Independência Funcional (MIF). | O uso da estimulação psicomotora pode melhorar a capacidade funcional durante a internação. |

Com o aumento da expectativa de vida da população idosa brasileira, é imprescindível compreender as variáveis que influenciam a qualidade de vida do idoso e sua saúde, como também entender quais são os constituintes primordiais que impactam positivamente o estilo de vida dessa população. Para FERREIRA, MEIRELES e FERREIRA (2018), "compreende-se que o conjunto de escolhas e hábitos de um indivíduo, denominado estilo de vida, podem influenciar na qualidade de vida dos idosos, tanto de forma positiva quanto negativa" (p. 648). Nesse sentido, de acordo com a proposta do presente estudo, a Psicomotricidade possui um papel importante nesse cenário para preservação da saúde psíquica e física.

A partir dos estudos analisados foi possível perceber que 100% das produções evidenciam que as atividades psicomotoras promovem qualidade de vida para os sujeitos idosos. Mesmo quando o objetivo da pesquisa teve como foco variáveis e resultados ligados à dimensão física, foram elucidados a produção de benefícios para a saúde mental do idoso. Além disso, verifica-se que

40% dos estudos referem-se diretamente, nos seus resultados, a qualidade de vida dos idosos; 30% a melhora da capacidade funcional; 20% aos benefícios na marcha e 10% especificamente apenas a melhora do equilíbrio. Tais resultados apontam a relevância de se adotar comportamentos durante a vida que proporcionem a boa capacidade funcional na velhice (Ferreira, Meireles & Ferreira, 2018). Os referidos autores, reforçam a relevância de estimular tais comportamentos na terceira idade.

Para tanto, é importante enfatizar a importância do investimento em atividades psicomotoras promovidas em grupos, visando não somente a melhora do desempenho funcional e cognitivo, mas o incentivo à socialização. "A atividade física também pode influenciar na qualidade de vida na medida em que interage com outros componentes do estilo de vida" (FERREIRA, MEIRELES & FERREIRA, 2018, p. 648).

Atualmente, o envelhecimento é uma realidade que não pode ser desconsiderada, tanto nas sociedades desenvolvidas como nas sociedades em desenvolvimento, tornando-se uma temática extremamente significativa, para o âmbito científico das políticas e práticas em saúde. Por esse motivo, considera-se desafiadora a temática estudada, devido a heterogeneidade da população. Todavia, esse fato, deveria mobilizar pesquisadores a serem promotores de políticas sociais e de saúde.

## Considerações finais

Em suma, o presente artigo pretendeu apresentar um panorama das pesquisas empíricas na área da psicomotricidade e saúde do idoso, verificando a frequência dos estudos publicados, os instrumentos e as técnicas utilizadas, a significância de tais achados e as contribuições evidenciadas no contexto brasileiro.

Deste modo, observa-se a partir das investigações e discussões empreendidas a relevância da temática, em virtude dos efeitos da prática psicomotora na vida de idosos. Tal prática foi capaz de propiciar um cuidado integral que abarca as dimensões biopsicossociais, promovendo maior desempenho funcional, maior sociabilidade, maior autonomia e, consequentemente, maior qualidade de vida.

Os resultados apontaram para um número incipiente de pesquisas e publicações na área, principalmente com o público idoso, no qual prevalece a atuação de determinados campos, teóricos/práticos, voltados especificamente,

para o aspecto físico em detrimento das outras dimensões humanas. Deste modo, os achados deste estudo têm como finalidade, estimular novas produções, na área de envelhecimento e psicomotricidade, visando percepções holísticas, multi e interprofissionais sobre a referida temática e seu público alvo. Além disso, espera-se que essa pesquisa forneça conhecimento para estudantes, profissionais, gestores e usuários que se interessam pelo assunto ou que são pesquisadores da área da saúde do idoso.

Por fim, destaca-se a importância da elaboração de programas e ações que possam ser desenvolvidos por órgãos governamentais, sociais e/ou filantrópicos, com intuito de fornecer mais atenção ao tema da psicomotricidade na terceira idade.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BANZATTO, S. et al. Análise da efetividade da fisioterapia através da psicomotricidade em idosos institucionalizados. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr)**. Fortaleza, 2015.

COSTA, M. ROCHA, L. OLIVEIRA, S. **Educação em saúde: estratégia de promoção da qualidade de vida na terceira idade.** Revista Lusófona de Educação, n. 22, 2012.

DAWALIBI, N. W., et al. (2013). **Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da Scielo.** Estudos de Psicologia, 30(3), 393-403. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000300009>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

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. 639-651. RJ: 2018.

FERREIRA, J. B. S. et al. **Avaliação de intervenções psicomotoras em idosos com déficit cognitivo leve.** Cienc Cuid Saude. v.15. n.3. p. 538-545. 2016.

FONSECA, A. L. S. **Efeito de um programa de treinamento de força na aptidão física funcional e composição corporal de idosos praticantes de musculação.** Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, v.12. n.76. p.556-563. São Paulo: 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA NO BRASIL (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.** 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_med ium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>. Acesso em: 15 de maio de 2020.

LIMA, D. G. V. H. ET AL. **Cinesioterapia e Dança Sênior: contribuindo para o envelhecimento saudável**. Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício, v.13. n.82. p.303-313. São Paulo: 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da pessoa idosa: prevenção e promoção à saúde integral.** 2019. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-idosa>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

MORAES, F. L. R. CORRÊA, P. COELHO, W. S. **avaliação da autonomia funcional, capacidades físicas e qualidade de vida de idosos fisicamente ativos e sedentários.** Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício. v.12. n.74. p.297-307. São Paulo: 2018.

NERI, A. L. **Conceitos e teorias sobre o envelhecimento.** 2013. In L. MALLOY-DINIZ et al. Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed. p. 17-42.

OVANDO, L. M. K. COUTO, T. V. **Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados.** O Mundo da Saúde, v.34, n.2, p. 176-182. São Paulo: 2010.

RODRIGUES, P. C. S. et al. **Efeito da prática regular de atividade física no desempenho motor em idosos.** Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.24, n.4, p.555-63. 2010.

RUBIRA, A. P. F. A. **Efeito de exercícios psicomotores no equilíbrio de idosos.** ConScientiae Saúde, v.13, n.1. p. 54-61.

SANTOS, S. L. et al. **Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade.** Rev Bras Enferm. v.67. n.4. p. 617-22. 2014.

# RELATO DE EXPERIÊNCIA DO USO DE UM MANUAL DE EXERCÍCIOS PARA IDOSOS.

Marcio Venício Cruz de Souza[1]
Ricardo Figueiredo Pinto[2]
Victória Baía Pinto[3]
Marco José Mendonça de Souza[4]
Alena do Socorro Rodrigues Feio[5]

## Introdução

Esta pesquisa tem como o objetivo expor um relato de experiência da aplicabilidade de um manual de exercício em uma idosa com peso corporal e livre. Os objetivos específicos foram comparar a força de preensão manual dominante e a resistência de força muscular de membros inferiores.

O estudo se baseou em pesquisas como Buzzachera et al., (2008), o qual participaram 14 mulheres idosas (65,5 ± 3,9 anos), as quais foram submetidas a treinamento de força com pesos livres.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, entre 1950 e 1998, a representatividade populacional de pessoas com idade maior ou igual 60 anos no mundo aumentou de 8 para 10%. A projeção realizada para 2050 estima que as pessoas dessa faixa etária representem 20% da população mundial, aproximadamente 2 bilhões de habitantes. Destes, mais de 60% estarão vivendo em países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). No Brasil, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para

1 Mestrando em Saúde Pública pela Faculdade Interamericana de Ciências Social – FICS, marcioveniciocs@hotmail.com;

2 Doutor pelo Curso de Educação Física pela UNICAMP, rfp@conhecimentoeciencia.com;

3 Graduada em Educação Física pela Universidade Estadual Pará – UEPA, victoriabaia00@gmail.com;

4 Doutor pelo Curso de Saúde Pública FICS

5 Especialista pela Universidade do Estado do Pará - UEPA, alenarodrigues1807@gmail.com

7 milhões em 1975, e 21 milhões em 2010. Além disso, vale ressaltar que, nesse contingente, a população "muito idosa", ou seja, com mais de 80 anos, é aquela cujas taxas de crescimento são mais expressivas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Considerando a mudança demográfica que a maioria dos países vivencia atualmente, vários mecanismos têm sido investigados como alternativas para minimizar os efeitos deletérios do envelhecimento e suas implicações na qualidade de vida da população mundial (ANJOS, PASSOS e MALHEIRO, 2013).

O envelhecimento é definido como um processo que implica diversas modificações de ordem fisiológica, psíquica e social. No que se refere às capacidades físicas, é possível observar mudanças que ocasionam diminuição da capacidade aeróbica, da força e resistência musculares, declínios neuromotores, neurológicos e emocionais. Tais mudanças, sejam fisiológicas, sejam psíquicas, se refletem no desempenho motor, na qualidade de vida e na capacidade do indivíduo para cuidar de si mesmo (HERNANDES e DE FRANÇA BARROS, 2008).

O envelhecimento é compreendido também como a soma de todas as alterações biológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com o passar dos anos, com vários efeitos deletérios que podem prejudicar a qualidade de vida dessa população. Portanto, como o envelhecimento está associado a limitações fisiológicas e funcionais, algumas medidas devem ser tomadas para garantir bem-estar, higidez e vitalidade aos idosos (ZAGO e GOBBI, 2008).

Em outras palavras envelhecer é um processo que se dá gradativamente e sofre interferências de variáveis biológicas e sociais. Analisado sob a ótica das teorias biológicas, o envelhecimento é caracterizado pela degeneração das funções e estruturas orgânicas (FARINATTI, 2008; SILVA et al,2014). Desse modo, ocorre um declínio gradativo das capacidades motoras, como a redução da flexibilidade, velocidade, capacidade aeróbia e força muscular (ISLAM et al.,2005; ESKURZA et al.,2002; DEARY et al., 2011). Em última análise, a realização das atividades diárias e, por conseguinte, a manutenção de um estilo de vida ativo vão se tornando mais difíceis (AAGAARD et al., 2010).

Já a imunossenescência é um termo utilizado para representar as inúmeras alterações que ocorrem no sistema imunológico associadas com o envelhecimento. Afeta tanto a imunidade inata como a imunidade adaptativa, aumentando assim a suscetibilidade dos indivíduos para adquirirem doenças infecciosas ou mesmo crônicas degenerativas, levando ao aumento

da incidência de morbidade e mortalidade. (TONET e DE TOLÊDO NÓBREGA, 2008; SENCHINA e KOHUT, 2007).

## O exercício em casa em tempos de Covid- 19

O Coronavírus (CoV) faz parte de um grupo de vírus responsável por desencadear, sazonalmente, síndromes respiratórias agudas (Sars) tanto em humanos, quanto em animais (FEHR, 2015).Uma infecção por Sars-CoV-2 (também denominada Covid-19) que começou em novembro de 2019 na China foi declarada Emergência de Saúde Pública e Interesse Internacional em 30 de janeiro de 2020 e, um mês depois, havia mais de 80.000 casos confirmados em todo o mundo, com quase 3.000 mortes (mortalidade de 3,4%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Um breve comunicado de Joy ao Colégio Americano de Medicina Esportiva (ACSM) forneceu algumas recomendações gerais para aqueles que pretendem permanecer fisicamente ativos durante a pandemia do COVID-19. O autor relatou aos que estão em isolamento social, mas não apresentam sintomas, que não há recomendações para limitar a prática de atividade física. No entanto, deve-se incentivar a realização de 150 a 300 minutos de exercício aeróbico por semana e 2 sessões por semana de treinamento de força muscular de intensidade moderada (JOY,2020).

A perda de força tem impacto sobre os níveis de independência funcional nas idades mais avançadas, por exemplo, níveis reduzidos de força estariam associados a uma menor velocidade de caminhada e aumento do risco de quedas e fraturas nas pessoas mais velhas. Além disso, à perda progressiva de aspectos relacionados à autonomia funcional, com limitações importantes da capacidade para a realização das tarefas do dia a dia (SILVA et al,2014).

## Benefícios dos exercícios físicos para os idosos

A prática de atividade física regular realizada em intensidade moderada pode levar à redução na ocorrência de infecções, especialmente do trato respiratório superior (MATTHEWS et al., 2002).

Cipriani et al (2010) destacam que uma das principais formas de evitar, minimizar e/ou reverter a maioria dos declínios físicos, sociais e psicológicos que frequentemente acompanham os idosos é a atividade física, demonstrando que ela está constantemente associada a melhoras significativas nas

ISBN 978-65-86901-26-9

condições de saúde, como o controle do estresse, da obesidade, do diabetes, das doenças coronarianas e, principalmente, a melhora da aptidão funcional do idoso, alcançada através da redução da sarcopenia nessa população. Desse modo, além dos benefícios citados, é possível realizar a profilaxia de quedas, que é um agravo prevalente e de alta morbidade e letalidade nessa faixa etária.

Em qualquer faixa etária, inclusive as mais avançadas, manter uma rotina diária de exercícios físicos pode trazer benefícios biológicos e psicossociais. (SILVA et al,2014).

## O Programa de exercício

Por outro lado, segundo De Oliveira Neto et al., (2020) temos um desafio que é adaptar a prescrição do treinamento a ser realizado em casa. nesse sentido, há duas grandes barreiras a serem enfrentadas: (a) não há uma variedade de equipamentos disponíveis para treinamento, (b) o treinamento deve ser realizado à distância, o que dificulta o controle das variáveis. Assim, que critérios devemos levar em consideração para poder adaptar esses programas aos critérios recomendados para a prática regular de exercício físico?

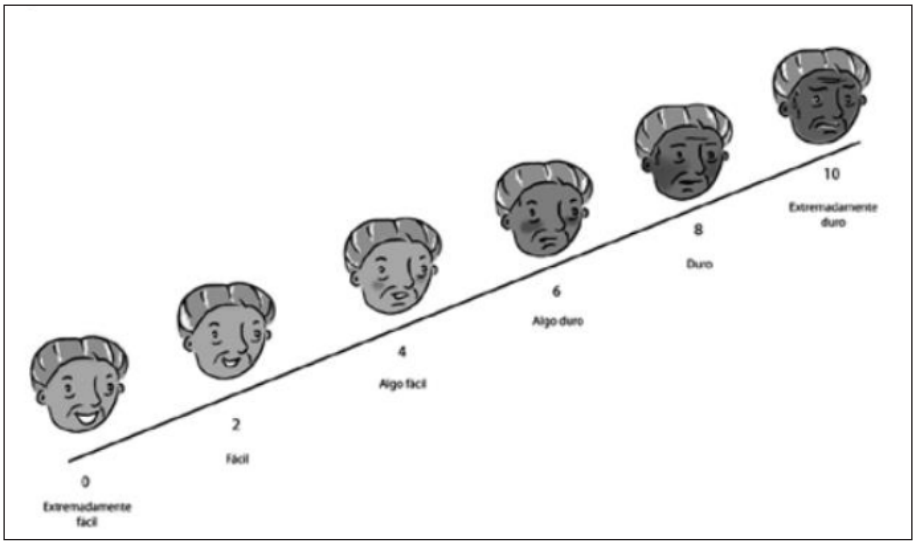
Para realizar o exercício aeróbico no ambiente doméstico, há muitas possibilidades, como marcha estacionária ou subir e descer escadas. O uso de ergômetros domésticos, como bicicletas, esteiras e remo, também se torna uma opção para quem possui esses equipamentos. Exercícios popularmente conhecidos como polichinelos, pular corda, entre outros, também são opções, desde que a condição músculoesquelética do praticante permita. Essas atividades podem ser realizadas continuamente (por exemplo, 30 minutos contínuos) ou em blocos de 2, 5, 10 e 15 minutos, desde que o total acumulado na semana seja ≥150 minutos, conforme sugerido pelo ACSM (JOY, 2020; GARBER et al 2011).

Em relação ao treinamento de força, o ACSM recomenda que os principais grupos musculares sejam estimulados 2-3 vezes por semana com exercícios uni ou multiarticulares. Em cada exercício, recomenda-se realizar 1 a 4 séries de 8 a 20 repetições, não necessariamente até a falha concêntrica (GARBER et al 2011), no entanto, deve-se interromper a série próximo à falha concêntrica (por exemplo, 2-3 repetições antes). Além do uso de uma variedade de equipamentos de exercício, a posição do ACSM também sugere o uso de exercícios com peso corporal, uma opção que parece mais adequada

para a aplicação de exercícios resistidos em casa, tendo em vista a recomendação de isolamento social devido à pandemia de COVID-19.

Especialmente para idosos, faz-se necessário avaliar a intensidade do exercício. Considerado o principal grupo de risco de mortalidade para COVID-19, é fato que os idosos também devem permanecer ativos durante a pandemia, usando exercícios aeróbicos e de força em casa. Para controle da carga no treinamento de força para idosos, sugere-se o uso da (Figura 1) escala OMNI-GSE (DA SILVA-GRIGOLETTO et al.,2013).

Figura 1 Escala de OMNI-GSE (Global Session in the Elderly)



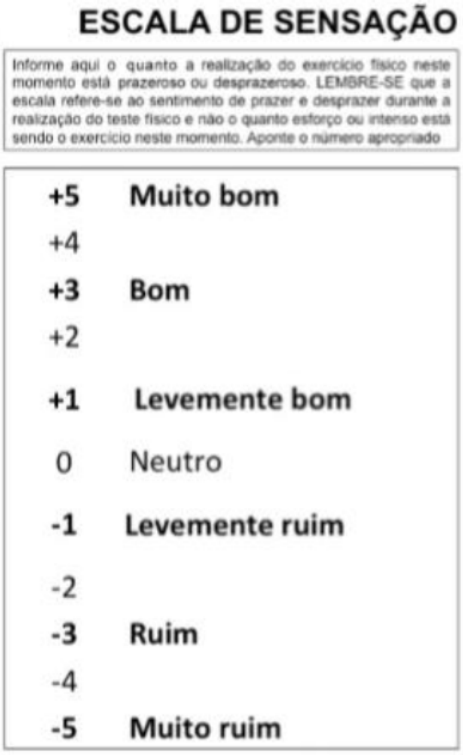

Fonte: Da Silva-Grigoletto et al.,(2013).

Para De Oliveira Neto et al., (2020) é necessário observar também a percepção de competência para cada um dos exercícios prescritos e de toda a sessão do programa de treinamento, para os exercícios que serão realizados (você se sente capaz de realizar o exercício "X"? Você se sente capaz de realizar esta sessão de treinamento?) ou um treino que já foi realizado (você se sentiu capaz de realizar o exercício "X"? Você se sentiu capaz de realizar o treinamento? Assim, o profissional deve gerenciar a percepção desse indivíduo para cada exercício e alinhar-se com o nível recomendado de intensidade e volume de treinamento.

Para finalizar é fundamental que cada exercício do programa de treino seja prazeroso. E pensando nisso foi proposto o uso da Escala de Sentimentos

(Figura 2) para selecionar um número que representará o estado emocional desejado (DE OLIVEIRA NETO et al.,2020): "Durante a execução do exercício "X", sua percepção do prazer deve permanecer entre +5 e +1, ou seja, entre "muito bom" e "razoavelmente bom". Se você sentir que durante o exercício sua percepção do prazer deixa essa zona, basta ajustar o esforço ou parar para se recuperar".

Figura 2 Escala de Sensações (prazer/desprazer).




Fonte: De Oliveira Neto et al.,(2020).

## Relato de expêriencia

O programa de treinamento de força com peso corporal e livre começou 24 horas após os testes de avaliação. A força de preensão manual foi obtida mediante a realização do teste de dinamometria manual hidráulico SAEHAN modelo SH500 (Lafayette Instrument, EUA), conforme protocolo utilizado por Nakamura et al.(2007). Com os braços posicionados ao lado do corpo, a participante foi instruída a exercer o máximo esforço de preensão manual

ISBN 978-65-86901-26-9

contra o instrumento durante duas tentativas com o braço dominante, com um intervalo regular de 1 minuto de descanso. O melhor resultado obtido (em kg) nas duas tentativas foi utilizado para o estudo. A resistência de força muscular de membros inferiores foi obtida mediante a realização do teste de sentar e levantar da cadeira em 30 segundos (RIKLI; JONES, 1999). Com os braços posicionados cruzados sobre o peito e sentados em uma cadeira sem encosto lateral, a paciente deveria executar o movimento completo de levantar e sentar da cadeira o mais rápido possível dentro de um tempo predeterminado de 30 segundos. Durante a realização do teste foram conduzidas duas tentativas, com um intervalo regular de 1 minuto entre elas, e o maior número de repetições foi considerado para o estudo.

A pesquisa foi realizada com uma idosa, até então sedentária, de 86 anos de idade, a qual apresenta mediante os exames clínicos um desvio do eixo dorso-lombar para direita.

Os exercícios desenvolvidos foram alternados por segmentos (superiores e inferiores), sendo que nas segundas-feiras realizava exercício respiratório; flexão e extensão de ombros na horizontal; flexão e extensão da região do pescoço; rosca bíceps; marcha estacionária. Nas quartas-feiras realizava exercício respiratório; flexão e extensão de ombros na vertical; rotação lateral direita e esquerda do pescoço; levantar e sentar da cadeira; desenvolvimento unilateral. Nas sextas-feiras realizava exercício respiratório; abdução alternada dos membros inferiores; rosca punho direta; cadeira extensora unilateral; flexão dos cotovelos na mesa.

Todos os exercícios tinham uma duração de aproximadamente 25 minutos, com repetições entre 8-12, intervalo entre os exercícios e séries de 1', e com séries entre 1-2. Na primeira semana foi utilizado o peso corporal, mas a partir da segunda semana foram utilizados também halteres de 1 kg, 2 kg e 3 kg e tornozeleiras de 1 kg e 2 kg.

Antes do início dos exercícios sentia-se muito cansada para caminhar e se queixava de muitas dores na região do quadril e se considerava muito ansiosa. Tinha muita dificuldade para dormir. Após 12 semanas de treino de força subia e descia as escadas, andava no carro dos filhos e até participava das missas inteiras sem nenhuma queixa de desconforto.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

A média da preensão manual predominante antes e depois foi de 20,2 kgf±6 e 23,2 kgf±7,4, respectivamente. A média de levantar e sentar antes e depois foi de 19,1 rep/30”±2,8 23,8 rep/30”±3,4, respectivamente.

Os dados encontrados neste estudo são parcialmente semelhantes aos resultados de Buzzachera et al.,(2008), o qual, as modificações significativas foram observadas na força de preensão manual (11,4%). Porém, neste nosso estudo também ocorreu um aumento maior na resistência de força muscular de membros inferiores no pos-treino diferindo do Buzzachera et al.,(2008), os quais foram 15,1± 3,1 e 16,5±4,3 respectivamente. Nossas limitações são bem evidentes, pois se trata de um estudo de caso e a inexistência de um grupo controle.

No entanto pode-se concluir que um programa de treinamento de força com pesos corporal e livre de 12 semanas é capaz de proporcionar alterações benéficas em componentes da aptidão física e psicológica em idosa não institucionalizada, contribuindo para a manutenção de um modo de vida autônomo e para a melhoria na qualidade de vida. Além disso, considerando-se sua possibilidade de envolver um maior número de participantes em sessão de exercício de curta duração, a necessidade de um pequeno espaço físico, a facilidade de execução e o seu baixo custo material, o treinamento de força com pesos corporal e livre poderia ser incluído em futuros programas de exercícios físicos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AAGAARD, Per et al. Role of the nervous system in sarcopenia and muscle atrophy with aging: strength training as a countermeasure. **Scandinavian journal of medicine & science in sports**, v. 20, n. 1, p. 49-64, 2010.

ANJOS, Márcia Cristina G; PASSOS, Luiz Fernando S; MALHEIRO, A. Efeitos do condicionamento físico sobre imunossenescência. **Geriatr Gerontol Aging**. 7 (1): 60-67. 2013

BUZZACHERA, Cosme Franklim et al. Efeitos do treinamento de força com pesos livres sobre os componentes da aptidão funcional em mulheres idosas. **Journal of Physical Education**, v. 19, n. 2, p. 195-203, 2008.

CIPRIANI, Natália Cristina Santos et al. Aptidão funcional de idosas praticantes de atividades físicas. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 12, n. 2, p. 106-111, 2010.

DE OLIVEIRA NETO, Leônidas et al. # TrainingInHome-Home-based training during COVID-19 (SARS-COV2) pandemic: physical exercise and behavior-based approach. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício**, v. 19, n. 2, p. 4-14, 2020.

DEARY, Ian J. et al. Losing one's grip: a bivariate growth curve model of grip strength and nonverbal reasoning from age 79 to 87 years in the Lothian Birth Cohort 1921. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 66, n. 6, p. 699-707, 2011.

ESKURZA, Iratxe et al. Changes in maximal aerobic capacity with age in endurance-trained women: 7-yr follow-up. **Journal of applied physiology**, v. 92, n. 6, p. 2303-2308, 2002.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras. Envelhecimento: promoção da saúde e exercício. Bases teóricas e metodológicas. v. 1. In: **Envelhecimento: promoção da saúde e exercício. Bases teóricas e metodológicas. v. 1**. 2008. p. 499-499.

FEHR, Anthony R.; PERLMAN, Stanley. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. In: **Coronaviruses**. Humana Press, New York, NY, 2015. p. 1-23.

GARBER, Carol Ewing et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 43, n. 7, p. 1334-1359, 2011.

HERNANDES, Elizabeth SC; DE FRANÇA BARROS, Jônatas. Efeitos de um programa de atividades físicas e educacionais para idosos sobre o desempenho em testes de atividades da vida diária. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 2, p. 43-50, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010 - Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro; 2010.

ISLAM, Mohammod M. et al. Decline of Functional Fitness in Free Living Japanese Older Adults. **Asian Journal of Exercise & Sports Science**, v. 2, n. 1, 2005.

JOY, Liz. Staying Active During COVID-19. 2020. Disponível em: https://www.exerciseismedicine.org/support_page.php/stories/?b=892. Acessado em 03/06/2020.

MATTHEWS, Charles E. et al. Moderate to vigorous physical activity and risk of upper-respiratory tract infection. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 34, n. 8, p. 1242-1248, 2002.

NAKAMURA, Yoichi et al. Effects of exercise frequency on functional fitness in older adult women. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 44, n. 2, p. 163-173, 2007.

RIKLI, Roberta E.; JONES, C. Jessie. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. **Journal of aging and physical activity**, v. 7, n. 2, p. 129-161, 1999.

SENCHINA, David S.; KOHUT, Marian L. Immunological outcomes of exercise in older adults. **Clinical interventions in aging**, v. 2, n. 1, p. 3, 2007.

SILVA, Nádia et al. Exercício físico e envelhecimento: benefícios à saúde e características de programas desenvolvidos pelo LABSAU/IEFD/UERJ. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, 2014.

SILVA-GRIGOLETTO, Da et al. Validación de la escala de valoración subjetiva del esfuerzo OMNI-GSE para el control de la intensidad global en sesiones de objetivos múltiples en personas mayores. 2013.

TONET, Audrey Cecília; DE TOLÊDO NÓBREGA, Otávio. Imunossenescência: a relação entre leucócitos, citocinas e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 2, p. 259-273, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 73. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life**. World Health Organization, 2002.

ZAGO, Anderson S.; GOBBI, Sebastião. Valores normativos da aptidão funcional de mulheres de 60 a 70 anos. **Revista brasileira de ciência e movimento**, v. 11, n. 2, p. 77-86, 2008.

# CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA GERONTOFOBIA

Cásio Carlos Pereira Barreto[1]
Ana Karina da Cruz Machado[2]

**Resumo:** Na sociedade atual temos visto cada vez mais, homens e mulheres fazendo constantes esforços para retardar o envelhecimento. A cultura pelo novo e a associação do ser velho à improdutividade e à inutilidade, resulta na negação dessa fase natural, impactando de maneira negativa na velhice, necessitando de uma intervenção clínica e psicológica que exige maior eficácia no tempo de resposta, evitando sofrimento psíquico maiores, tais como a ansiedade e a depressão, patologias crescentes no segmento idoso. A Terapia Cognitivo Comportamental tem sido apontada como um tratamento eficaz na psicoterapia com idosos. Tal abordagem se baseia na hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de um indivíduo são influenciados pelas percepções que o sujeito tem das situações. O presente trabalho visa apontar a relevância da Terapia Cognitivo Comportamental na terceira idade com relação a Gerontofobia. A metodologia escolhida se trata de uma revisão sistemática de literatura, extraída nas bases de dados Scielo, Pubmed e PePSI. Como resultados foi percebido que os autores pesquisados concordam que a abordagem cognitivo comportamental tem ampla adesão e sucesso terapêutico. Conclui-se que técnicas abordadas tais como o Registro dos Pensamentos Automáticos Diários (RPD), a modificação dos pensamentos automáticos, treinamento de habilidades, refocalização, role-play e a psicoeducação são recursos psicoterapêuticos de grande valia no processo de aceitação da velhice, na evitação de pensamentos negativos, no tratamento da depressao e ansiedade na terceira idade, além de contribuir com a construção de um modelo de vida mais bem sucedido ao envelhecer.

**Palavras chave:** Gerontofobia. Psicoterapia. Terapia Cognitivo Comportamental.

---

1 Psicólogo. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Especialista em Neuropsicologia. Mestre em Administração. E-mail: casio.barreto@gmail.com autor principal

2 Gerontóloga. Especialista em Gerontologia. Especialista em Saúde Mental. Mestra em Educação. E-mail: karinacruz_rn@yahoo.com.br co-autora, professora orientadora

## Introdução

É estimado que no ano de 2025 o Brasil tenha 30 milhões de pessoas com mais de 60 anos, ou seja, aproximadamente 15% da população será idosa. Segundo Areosa (2004), o envelhecimento da população brasileira é um dos grandes desafios a serem enfrentados.

Bauman (2014), aponta que essa cultura ao novo, ao qual o mundo moderno tanto cultua, vem trazendo impactos na desvalorização do ser humano, pontuando ainda que essa cultura tem gerado dificuldades de aceitação da velhice, enquanto percurso natural da vida e do decorrer do tempo.

Para Souza et al. (2007), o envelhecimento e, particularmente a velhice, tem a possibilidade de ser considerada um momento crítico no ciclo da vida, pois representa uma mudança bastante significativa aos seres humanos. Essa possibilidade dependerá, evidentemente, do estilo de vida adotado pelo indivíduo, representada pela presença de atividades físicas regulares, uma boa alimentação, níveis de estresse sob controle etc., que assim irá emprestar qualidade ou não a esta fase do seu viver. Todavia, a peculiaridade dessa etapa é inquestionável, já que diversos processos são acentuados e outros se originam, tais como a deterioração mnemônica e a interrupção de hormônios sexuais.

Sabe-se que o envelhecimento humano é inevitável, inadiável como a história de um bom livro que vai chegando inexoravelmente ao fim. Como ela é percebida por praticamente todos como uma época de limitações e de dependências, a ânsia em retardar esse processo vem se intensificando de tal forma nas últimas décadas, que altos níveis de angústia e ansiedade vêm sendo germinados, o que gera campo fértil para diversas situações complicadoras, como dependência e depressão. Laslett (1991), aponta a importância e a pregnância, em termos de imaginário cultural, da metáfora médica da velhice, cuja principal consequência foi produzir a identificação entre velhice e doença. O discurso geriátrico atual empreendeu uma tentativa de desfazer essa associação definitivamente, mas Laslett sugere que esse processo é controverso e acaba encontrando resistências no próprio modo de funcionamento do saber médico.

Cabe salientar que, como a morte é um momento certo e comum a todos os seres vivos, e envelhecer é a etapa imediatamente anterior a esse momento, envelhecer passou a significar caminhar para o morrer, gerando assim uma rejeição diante desse quadro, oriundo do medo da finitude. Dessa forma, nasce então o desejo de não envelhecer acreditando que a jovialidade está

ISBN 978-65-86901-26-9

mais próxima a imortalidade. Esse sentimento, que faz com que o idoso se sinta humilhado ou desfavorecido, sem importância social, apenas pelo fato de estar velho, ou mesmo a repulsa ou fobia ao velho, é um fenômeno cada vez mais crescente na sociedade, e se chama gerontofobia[3].

Para Oliveira, Fernandes e Carvalho, (2011) percebe-se que ao envelhecer, o idoso se sente desamparado diante de uma sociedade capitalista que só reconhece o valor de um indivíduo por meio do seu trabalho, considerado como uma identidade no qual o idoso perde quando chega a aposentadoria. Essa ideia de utilidade e valor produtivo, repassada de geração para geração, foi-se solidificando de tal forma em praticamente todos os países do globo, ao ponto dos familiares naturalmente e, por vezes inconscientemente, promoverem uma exclusão deste familiar das diversas atividades anteriormente inerentes ao seu cotidiano. A partir disso, comum surgirem outros sentimentos de medo da rejeição, angustia, incapacidade física ou mental, ocasionando ansiedade, afastamento, isolamento e depressão, sendo essa, mais acentuada nesta fase da vida, por estar aliada a outros fatores, tais como a maior percepção da finitude da vida de si e dos companheiros de sua vida.

Laslett (1991) considera o aumento da longevidade e qualidade de vida – resultantes do avanço das tecnologias médicas – e o surgimento das aposentadorias como os dois principais fatores que, em conjunto, garantem o ingresso dos sujeitos na terceira idade. No entanto, se a nossa intenção se dirige ao entendimento da terceira idade como uma categoria social historicamente construída, cuja inserção no espaço público dá ensejo a novas formações identitárias, parece necessário identificar os fatores que permitiram, influenciaram ou favoreceram sua origem e sua legitimidade no imaginário cultural. Destaca-se como hipótese para o surgimento da terceira idade a generalização e a reorganização dos sistemas de aposentadoria, a substituição dos termos de tratamento da velhice, o discurso da gerontologia social e os interesses da cultura do consumo.

De acordo com Knapp (2004), hoje a Terapia Cognitivo Comportamental está inserida entre os "paradigmas dominantes" no meio da psicologia, graças ao aumento de sua gama de conhecimento e popularidade. Esse papel de

3 Gerontofobia vem da palavra latina "geron", que significa "homem velho", e a palavra grega "phobos" significando "medo". Gerontofobia é um medo extremo de envelhecer ou medo dos idosos. Também conhecida como gerascofobia, a palavra gerontofobia é derivada de geronto, que significa velhice do grego geronta e – fobia do grego phobos, que significa medo mórbido.

destaque se dá em boa parte na possibilidade de suas técnicas serem passíveis de comprovação, o que a distanciou do caráter excessivamente subjetivo de demais abordagens psicológicas, que assim sendo, tinham diminuindo a credibilidade científica e clínica da própria Psicologia. Aliado a isso, ela carrega a possibilidade da aplicação de seus métodos para praticamente todos os transtornos mentais, além de ser considerada uma terapia breve, se comparada à psicoterapias mais tradicionais.

Na Terapia Cognitivo Comportamental os pensamentos podem ser identificados e modificados. Essas mudanças acarretarão também na alteração das emoções e no comportamento do indivíduo através do processo de psicoeducação do paciente, que consiste em conscientizá-lo da existência de pensamentos automáticos, que por vezes ocorrem de forma disfuncional, provocando em sequência, uma gama de emoções equivocadas que contribuem para um conjunto diverso de distorções cognitivas, culminando em comportamentos prejudiciais ao indivíduo e, por vezes, aos membros dos seus círculos sociais.

No Modelo Cognitivo Comportamental idealizado por Aaron Beck (1997), os pensamentos interferem em como nos emocionamos e como nos comportamos, com isso, umas das alternativas de melhorarmos nosso humor é ressignificando os pensamentos para que sejam funcionais e realistas no âmbito das interpretações diante do futuro, do mundo e de nós mesmos. Para Beck, o terapeuta irá atuar na tríade cognitiva do sujeito, citada acima, compreendendo e reestruturando a maneira que o indivíduo enxerga a si mesmo, ao mundo e ao futuro.

O presente trabalho tem como objetivo, apontar a relevância da Terapia Cognitivo Comportamental na terceira idade, com relação a superação da Gerontofobia. Os caminhos metodológicos percorridos são embasados por uma revisão sistemática de literatura, extraída nas bases de dados Scielo, Pubmed e PePSI.

A justificativa se baseia na contribuição da psicologia, em especial da abordagem cognitivo comportamental, no medo de envelhecer e suas implicações, tendo em vista que essa negação podem trazer problemas de ordem biopsicossocial na velhice, neste sentido, a terapia escolhida tem a sua contribuição na aceitação do envelhecer como uma etapa natural da vida e não, como algo indesejável, fóbico.

Espera-se com isso ampliar a discussão sobre o envelhecimento como natural, desmitificando a cultura do envelhecer patológico, mostrando ainda

que, quando o idoso vivencia esse processo com aceitação e naturalidade, a chegada dessa fase pode ser proveitosa e bem sucedida.

## Metodologia

Para essa pesquisa foi realizada uma revisão sistemática de literatura. A busca foi extraída na base de dados de bibliotecas digitais e plataformas online como a SciELO, Pubmed e PePSI. Os critérios de inclusão utilizados, foram artigos com os descritores: medo de envelhecer e psicoterapia; gerontofobia e terapia comportamental; fobia de envelhecer e terapia cognitivo comportamental; envelhecimento, medo e terapia.

O ano de publicação não foi um critério estabelecido como importante, tendo em vista que a temática Gerontofobia é nova, dessa forma, todos os artigos que tinham relevância foram primariamente considerados. A busca se deu em períodos na língua portuguesa e inglesa.

O período de construção do artigo se deu entre os meses de maio a junho do ano em curso. Após a leitura de 18 trabalhos, foram selecionados 11, os quais foram incluídos nesse estudo por estarem em consonância com o objetivo proposto.

Os critérios de exclusão foram aplicados quando encontrados artigos incompletos e com outra abordagem psicoterapêutica que não a Terapia Cognitivo Comportamental.

Pensando nas limitações do presente estudo, podemos ressaltar a relevância dessa pesquisa para estudos futuros. Destaca-se que, devido ao tema tão específico, foram estudados ainda, artigos que trouxerem a abordagem cognitivo comportamental com idosos com sintomatologia ansiosa e depressiva.

Trata-se de um estudo exploratório, portanto, sugere-se que pesquisas futuras sejam conduzidas para melhor eficácia e elucidação do objetivo proposto e dos resultados destacados.

## Referencial teórico

Diversas literaturas abordam que antigamento ser idoso era considerado um privilégio. Os mais velhos eram responsáveis por aconselhar e orientar toda a família e aos mais jovens com relação ao futuro. E envelhecer era símbolo de sucesso, de ter conseguido passar por todas as etapas da vida e deveria ser comemorado (DEZAN, 2015; PETROSA; DUQUE; MARTINS, 2016).

ISBN 978-65-86901-26-9

Com o passar dos anos e o avanço do capitalismo a velhice foi comparada com um produto qualquer com data de validade, e ao ficar com aparencia de velho, era visto como feio ou inutil, logo, precisaria ser substituído por outro, dessa forma, aos poucos ser idoso era ser excluido socialmente (FEIJÓ; MEDEIROS, 2011).

Para Neri (2001), o envelhecimento pode trazer preocupações, que quando não estão bem definidas ou quando o processo não é bem aceito, pode trazer distanciamento em alguns indivíduos,

Para Borges et al. (2012), cada pessoa ao envelhecer tem seus limites, conferidos ao corpo humano que começam a serem poupados, passando a serem aceitos, e como produtos perdem a compreensão da significância da passagem do tempo, findando no estágio de "estar envelhecendo". Desta forma, o ato de envelhecer gera ansiedade nesse público, e pode ser agravada pelas pressões sociais, pela mídia, e imagem repassadas, aumentando a preocupação com a aparencia, com a finitude e a morte, essa preocupação excessiva pode desembocar em um transtorno de ansiedade fóbico, conhecido como gerontofobia ou gerascofobia.

A Psicoterapia é fundamental a qualquer tempo de vida, mas através das perspectivas do envelhecer, pode-se enfocar sua relevância seja na acolhida, resgate das memórias, adaptação, autoconhecimento, ressignificação de conceitos pessimistas, encontro de potencial para outras atividades ou ter alguém com quem aquele idoso possa conversar sem julgamentos e com uma escuta atenciosa, disposto a auxiliar no que ele achar pertinente trazer a sessão, tornando-se uma ferramenta para que enfrentem com qualidade os novos desafios trazidos por essa fase da vida (ALVES, 2017).

A ressignificação é importante, haja vista que as experiências que tivemos nos anos iniciais de nossas vidas, auxiliam na formação de nossas crenças, que se consistirão em modelos mentais basilares na nossa forma de pensar, sentir e agir. Se essas crenças não são desafiadas diante de cenários diferentes, elas se enraízam e tenderão a se repetir no futuro, fortalecendo a comprovação somente daquelas ideias defendidas que lhe são consonantes, provocando as ditas distorções cognitivas, base dos diversos sofrimentos de idosos atendidos na clínica psicológica. Assim sendo, quando o paciente idoso vai ao consultório, ele baseia-se na ideia de que não há mais a necessidade de mudança, pois os antigos valores e as novas realidades costumam serem incompatíveis, proporcionando um aumento do desgosto e da frustração, deixando margem para os pensamentos disfuncionais.

ISBN 978-65-86901-26-9

Muitos são os autores que defendem que para o tratamento da depressão e da ansiedade, a terapia cognitivo comportamental é o modelo psicoterápico mais consistente (BUTLER et al., 2006; HOFMANN; SMITS, 2008). Nos anos 60, a Terapia Cognitivo surgiu com trabalhos de Albert Ellis, Richard Lazarus, Magda Arnold e Aaron Beck. Neste período, Beck entendeu, ao estudar seus pacientes com depressão, que estes demonstravam um padrão disfuncional negativo de processamento cognitivo. Após esses estudos e observações, Beck desenvolveu o modelo cognitivo da depressão e o objetivo de testar a veracidade dos pensamentos ou das cognições negativas (RANGÉ, 2001).

Técnicas como Nomear as Distorções Cognitivas; Exame das Evidências; Relação Custos x Benefícios; Análise Semântica; Cartões de Enfrentamento; Situação em Perspectiva; Reatribuição; dentre outras, são ferramentas que podem ser utilizadas no confrontamento dos pensamentos negativos oriundos dessa fase da vida, onde o sujeito se percebe mais limitado, seja pelas condições físicas (consequências de um estilo de vida às vezes desregrado), seja por um numero maior de doenças que o acometem em virtude da fragilidade de seu corpo, ou pela inevitável constatação de que a sua vida está se encerrando. Assim sendo, o trabalho do psicólogo se voltará para a ressignificação de pensamentos, que mesmo que se apresentem reais e lógicos, necessitam se adaptar a um novo período daquele indivíduo, para que as possibilidades de realização também possam ser enxergadas.

De acordo com Knapp (2004), hoje a Terapia Cognitivo Comportamental é apontada entre os "paradigmas dominantes" no meio da psicologia, isso se deu devido a sua gama de conhecimento e popularidade desde seu início. Depois que suas técnicas foram difundidas nas décadas de 60 e 70, um período que marcou a "revolução cognitiva" na psicologia, diversos teóricos começaram a aplicar essa abordagem na psicologia clínica, criando assim um amplo escopo de modelos teóricos e técnicas terapêuticas cognitivo-comportamentais disponíveis até os dias atuais (CABBALO, 2006).

Para Rangé (2001), a fundamentação da Terapia Cognitivo Comportamental se deu em uma ciência e filosofia do comportamento definida por uma teoria determinista e naturalista do comportamento humano, inserida em um conhecimento científico de metodologia experimental como auxiliar do empirismo e por uma ação objetiva de acordo com os problemas psicológicos.

Em casos mais complexos, como os que exige reabilitação neuropsicológica (tratamento a qual muitos idosos se submetem), a terapia Cognitivo-comportamental também se apresenta como opção de primeira linha. Martins da Silva (2012), aponta que ela é um tratamento de escolha para gestão de muitos transtornos emocionais após os acometimentos cerebrais, podendo ser integrada com reabilitação cognitiva. Citando Willians *et al* (2003), ela ainda aponta que este procedimento se baseia em dois princípios centrais, os quais são: 1) que nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamentos; e 2) que o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamentos e nossas emoções.

Diversas teorias e modelos comportamentais proporcionam estratégias de treinamento. Todavia, a psicologia comportamental se propõe a examinar a relações entre o sujeito e o espaço que o cerca, permitindo assimilações de condutas complicadas na vida habitual dos que passaram por algum dano cerebral.

Por essas condições que na atualidade, a TCC se tornou uma técnica admirada por seus resultados eficazes, suas práticas e objetividade.

| RESULTADOS | AUTOR / ANO DE PUBLICAÇÃO | PERIÓDICO |
|---|---|---|
| Estudos epidemiológicos apontam que 11,6% dos idosos entre até 85 anos apresentam algum transtorno de ansiedade, sendo a Fobia Específica a mais prevalente. | BYERS et al. 2010 | PEPSIC |
| Transtornos ansiosos, bem como transtornos de humor, têm consequências adversas, como os altos índices de mortalidade e a redução da qualidade de vida | VINK; AARTSEN; SCHOEVERS 2008 | PEPSIC |
| Os fatores de risco para depressão e ansiedade em idosos ocorrem de maneira diferente daqueles observados em adultos, e incluem luto, doenças físicas, incapacidades e dificuldades cognitivas. De forma complementar, a deterioração da saúde física e o declínio cognitivo são apontados como maiores fatores de risco. | BEEKMAN et al. 2000 | SCIELO |
| A proporção de pacientes geriátricos deprimidos que apresentam declínio cognitivo é considerável e pode aumentar a gravidade da depressão | GANGULI et al. 2006 | PEPSIC |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| A Terapia Cognitivo Comportamental é o modelo psicoterápico mais consistente para a depressão e a ansiedade, sobretudo em idosos. Apontada como diretiva e eficaz apresentando melhora acentuada em sintomas depressivos, ansiosos e na mudança de comportamento. | BUTLER et al., 2006; HOFMANN; SMITS, 2008 HENDRIKS et al., 2008; PINQUART; DUBERSTEIN; LYNESS, 2007 | PUBMED |
| As pessoas em geral tem uma ideia ruim sobre o que seria de fato a velhice e com isso, colcaboram para a formação de atos discriminatórios, além da formação de natureza perniciosa, de estereótipos . | KARPF 2014 | SCIELO |
| A TCC consiste basicamente em um modelo educativo de terapia, no qual o terapeuta busca ensinar aos pacientes novos comportamentos e crenças adaptativas, para que estas substituam as crenças antigas e disfuncionais. | BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008 | SCIELO |
| Estudo que analisou um grupo de idosos que obtiveram resultados comparando a eficácia da TCC com redução de 51,4% nos sintomas depressivos, de 12,5% nos sintomas ansiosos e aumento de bem-estar subjetivo em 33,3%. | TRISTÁN E RANGEL (2009) | PUBMED |
| A TCC consegue atuar sobre a perda cognitiva, característica do envelhecimento, por meio do desenvolvimento de estratégias e habilidades para lidar com problemas e situações novas. | LIMA; DERDYCK (2001) | SCIELO |
| Na Terapia Cognitivo Comportamental as sessões são de origem estruturadas e educativas, estimulando o paciente a ser o seu próprio terapeuta de forma com que ele possa se auto avaliar e modificar pensamentos distorcidos | BECK 1997 | PEPSIC |
| Os eventos externos e internos são determinantes das nossas emoções e assim das nossas ações, causadas pelas interpretações que nós absorvemos diante de situações vivenciadas | RANGÉ, 2001 | PUBMED |
| Questionamento socrático, Psicoeducação, ressignificação, identificação dos pensamentos automáticos; cartões de enfrentamento, entre outros são técnicas aplicadas durante um processo terapêutico com base na abordagem Cognitivo-Comportamental, que contribuem com o processo do autoconhecimento, reflexões e tomada de decisão na mudança de comportamento. | WILSON (2012) KUYKEN; PADESKY; DUDLEY (2010) WRIGHT, BASCO, THASE (2008) DOBSON (2006) | PUBMED PEPSIC |

ISBN 978-65-86901-26-9

A Terapia Cognitivo Comportamental tem dado respostas no reajuste entre a situação problema e a resposta emocional e comportamental em um dado momento. Rangé (2008), aponta que para cada situação, existe uma técnica para a modificação e aprendizagem, e assim a psicoterapia baseada nessa abordagem enfoca diretamente o comportamento a ser modificado e o ambiente onde esse comportamento ocorre, em vez de investigar variáveis internas ou associadas à personalidade.

Para Karpf (2014) a gerontofobia é uma espécie de fobia, de medo persistente e anormal sem justificativa sobre o envelhecer onde tudo que é relacionado ao fato de ser idoso, de estar idoso, de conviver com alguém idoso, ocasiona infelicidades, independente da saúde e da posição financeira do sujeito fóbico. É mister citar que nas fobias em geral, o elemento fóbico, como descrito acima, pode estar também relacionado a um animal, uma situação ou qualquer outro elemento do cotidiano do indivíduo. Ao estar presente, este tem o poder de causar determinado bloqueio no indivíduo, que se vê imobilizado de agir, liberando assim uma forte carga emocional, e que tende a se instalar cada vez em seu processo cognitivo, incapacitando-o cada vez mais.

No caso do idoso que não aceita o envelhecimento, isso é dado como um comportamento disfuncional que foi aprendido e isso pode ter sido acionado por estímulos internos e externos, e durante a psicoterapia o idoso pode entender a velhice de maneira positiva, contribuir para que ela seja vivenciada de maneira mais saudável e tonar o envelhecer o processo pode ser favorável a melhoria de sua qualidade de vida. Para isso, é necessário um terapeuta cognitivo capaz de aprofundar essas questões necessárias para a mudança de comportamento (LARANJEIRA et.al, 2013).

Interessante citar a observação feita por Peixoto (1998) que, ao comentar o cenário brasileiro, argumenta que a introdução da noção de terceira idade representa uma importação das denominações adotadas pelas políticas públicas francesas, sendo o termo 'velho' gradativamente substituído por 'idoso' nos documentos oficiais.

> Entretanto as ambigüidades próprias à nossa realidade fizeram com que certas imagens ganhassem sentidos mais sutis, tanto que o termo 'velho' parece se manter e é comumente utilizado para designar pessoas velhas de classes populares, enquanto 'idoso', mais respeitoso, é utilizado para aqueles de camadas médias e superiores (p.29).

Em idosos, a Terapia Cognitivo Comportamental é apontada como abordagem eficaz, apresentando melhora acentuada em sintomas depressivos, ansiosos e na saúde mental em geral (HENDRIKS et al., 2008; PINQUART; DUBERSTEIN; LYNESS, 2007).

Corroborando com o pensamento acima Caballo (2006), destaca que os terapeutas comportamentais são eficazes em suas técnicas, pois conseguem ofertar um destaque nas características comportamentais do agora sem deixar de lado os dados históricos do paciente. Para o autor, o terapeuta cognitivo comportamental oferece destaque ao reajuste da resposta comportamental como avaliação principal pelo qual analisa o processo terapêutico, tornando o tratamento mais objetivo e nesse sentido, com perspectivas de sucesso mais breve.

Levando em consideração esses aspectos no processo terapeutico, através do modelo de conceituação cognitiva, o paciente consegue detectar e aprender os processos relacionados à sua forma de pensar, formando uma aliança segura de participação ativa tanto do paciente quanto do próprio terapeuta, a fim de focar na resolução de problemas trazidos até a sessão, com o intuito de conquistar o bem-estar na vida do indivíduo (WILSON, 2012).

Assim, à medida em que o paciente relata seus sentimentos e acontecimentos que o incomodam, o próprio terapeuta começa de forma psicoeducativa a descrever alguns termos dentro da situação mencionada pelo paciente, fazendo com que o mesmo compreenda o que são os seus pensamentos, de que forma eles afetam os seus comportamentos, modificando as emoções que incomodam a partir da reflexão do mesmo (KUYKEN; PADESKY; DUDLEY, 2010).

Outra técnica utilizada e bem sucedida com idosos é a psicoeducação, técnica válida para explicar ao paciente sobre o seu próprio diagnóstico. É uma forma de desmistificar alguns medos ou crenças errôneas sobre o processo terapêutico ou sobre a doença em si. É uma forma do paciente compreender o transtorno, suas causas, sintomas e sinais que podem ajuda-lo na forma de enfrentar as situações eventuais da doença (DOBSON,2006).

Diversos autores também apontaram no trabalho com idosos, a eficácia do instrumento chamado identificação dos pensamentos automáticos. Essa técnica irá contribuir com o objetivo de realizar uma reestruturação dos pensamentos que são considerados errôneos ou distorcidos da realidade do sujeito, possibilitando a compreensão do que pode prejudicar diretamente em seus comportamentos atuais, ajudando a identificar, avaliar e reestruturar os pensamentos que trazem emoções e atitudes negativas para o paciente

(OLIVEIRA, 2011). No caso da pessoa idosa, a contribuição dessa técnica seria a de – uma vez identificado as cognições prejudicias ao modo de vida do sujeito – modificar o pensamento de que a velhice é uma doença, diminuir /ou extinguir o medo em envelhecer ou a negação da velhice; e a partir de então, ressignificar todos esses aspectos, contribuindo assim, para uma vivência mais realista e adaptada para este idoso.

A partir do momento que o paciente começa a identificar os pensamentos automáticos que são prejudiciais para a sua saúde mental, o próximo passo é fazer com que o mesmo consiga identificar as suas crenças intermediárias e centrais. Sempre almejando uma forma de tentar reestruturar suas cognições desaptativas. Para isso, podemos utilizar vários formulários que irão ajudar ao paciente ter essa visão sobre a sua forma de interpretar as situações e sobre as suas crenças (KING; et al, 2011).

Depois de compreender os seus pensamentos e identificar que eles estão equivocados, a técnica da ressignificação traz um importante papel de fazer com que o paciente compreenda e consiga dar um novo significado a uma situação que antes lhe trazia mal-estar, medo, preocupação, angústia e etc. É um instrumento que objetiva estimular uma resposta mais racional as situações vivenciadas pelo sujeito (KNAPP, 2004).

Outra intervenção utilizada, denominada por exame de evidências, se trata de uma técnica que ajuda o paciente a pensar sobre evidências positivas e negativas do seu próprio pensamento, levando-o a encontrar novas alternativas, tendo como objetivo procurar corrigir as suas cognições errôneas. Torna-se uma forma do paciente questionar e procurar provar para identificar se realmente o que está pensando é verídico (WILSON, 2012).

Já os cartões de enfrentamento são estímulos feitos para o paciente conseguir se motivar diante situações problemas e ajudá-lo a reestruturas seus pensamentos. É uma técnica mais dinâmica, que ajuda o paciente a manter o foco e lembrar sobre os seus objetivos. Torna-se uma possibilidade de impulsionar o paciente a ter motivação a cerca do processo terapêutico e ressaltar o lado positivo dos acontecimentos (WRIGHT, BASCO, THASE, 2008).

Neste sentido, como visto, a Terapia Cognitivo possui o pressuposto de que as emoções e as respostas comportamentais de uma pessoa são condizentes com a forma de ela interpretar o mundo, em outras palavras, a forma de estruturar o mundo de um indivíduo interfere nos seus pensamentos, emoções e comportamentos, e assim, mudando o entendimento de que o idoso tem sobre a velhice patológica e inútil, surgirá uma nova compreensão acerca do

que é envelhecer o que certamente contribuirá para que o mesmo desvincule a ideia da beleza e da jovialidade à garantia de felicidade, e comece a buscar a sua melhor versão nesse período da vida, como uma continuação aos demais.

## Considerações finais

Diante das informações dispostas no decorrer do trabalho, é notório que a Terapia Cognitivo Comportamental tem sido a abordagem mais bem avaliada no campo da ciência no que diz respeito a mudança de comportamento.

O ato de envelhecer nem sempre é bem aceito, em uma sociedade capitalista que propaga a produtividade e faz culto a beleza associando o feio ao ser velho, e esse sentimento de não pertencimento, pode gerar ansiedade no publico idoso, aumentando sua preocupação com o ser aceito, com o passar ainda mais do tempo, com a finitude ou chegada da morte. Esses tipos de pensamentos evoluem para um transtorno de ansiedade fóbico, conhecido como gerontofobia, que é a repulsa, medo em se tornar velho.

Apesar da gerontofobia não ter registro na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), ela pode ser percebida pela conduta do indivíduo, sendo essa, uma espécie de fobia, de medo persistente e anormal sem justificativa sobre o envelhecer. Dessa forma, o medo se torna excessivo se consumando um medo patológico.

Em concordância com os autores visto nesse trabalho, foi percebido que a terapia cognitivo comportamental é uma abordagem diretiva e com melhor tempo de resposta. No caso da gerontofobia em específico, destaca-se a importância dessa abordagem, uma vez que o trabalho em conjunto entre terapeuta e idoso no estabelecimento de objetivos da terapia e os sintomas que devem ser analisados, permitirão que os pensamentos que estão distorcidos sejam reajustados, e os que são realistas e trazem emoções não agradáveis passarão por uma busca de soluções de problemas, possibilitando assim melhor aceitação da velhice e a construção de uma vida mais saudável e com mais qualidade a partir desse entendimento.

É importante afirmar que o profissional precisa estar pronto e atualizado acerca das técnicas e dos desafios do envelhecimento, pois a gerontologia se constitui um desafio por si só para os profissionais da saude. É preciso destacar aqui que um profissional preparado é aquele que consegue identificar os processos de fragilização e fortalecimento que podem ser usados a favor do próprio idoso.

ISBN 978-65-86901-26-9

Destaca-se que, falar sobre o medo de envelhecer, remete essa demanda não apenas a preocupação com o corpo, mas também com o medo do abandono, patologias advindas nessa fase entre as quais culminam na incapacidade física ou mental da pessoa idosa.

E para além da terapia cognitivo comportamental, cabe destacar, a importância desses profissionais dentro dos espaços de saúde e sociais, buscando propostas de intervenção com o objetivo de contribuir nas diversas práticas existentes, para que a expectativa de vida dessa população seja prazerosa, ativa e feliz.

Não obstante, é mister apontar que qualquer profissional (particularmente para este trabalho, o terapeuta) precisa analisar-se no tocante a se sentir capacitado ou não para esta atividade, haja vista que a gerontofobia pode se manifestar não somente nos idosos, mas também naqueles mais jovens, que ao observarem alguém mais vivido, possam ali enxergar seu futuro e recusarem a aceitá-lo. O fato de termos uma população cada vez mais idosa; a constatação de que esse é um cenário mundial; que outros países com qualidade de vida e de renda melhores do que o Brasil passam por dificuldades pelo envelhecimento de sua população; e de que o Brasil ainda precisa superar diversos entraves estruturantes, de modo a ofertar minimamente condições iguais aos seus cidadão, só faz agravar a percepção de que ser "velho" neste país é realmente, não apenas um complicador, mas a certeza de que é a pior experiência da trajetória de sua vida. Para que essa ideia se trasmute em uma práxis diferente, cabe a todas as camadas populacionais, a concepção de uma nova "terceira idade".

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ANDRÉ, C. Psicologia do medo: como lidar com temores, fobias, angústias e pânicos. Tad. de João Batista Kreuch. Ed. Vozes, Petrópolis-RJ, 2007. 304p.

ARAÚJO, L. S.; PIMENTEL, A. A Concepção da Criança na Pós-Modernidade. Revista Psicologia Ciência e Profissão. vol. 7, nº 2, junho, 2007, Belém-PA, p. 184-193.

ALVES. R. M. A Importância da Psicoterapia na Terceira Idade com Enfoque na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): Relato De Experiência Disponível. Trabalho Apresentado no Congresso Internacional de Envelhecimento Humano – CIEH, ano 2017. Disponível em: https://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD4_SA3_ID229 4_14102017160523.pdf Acesso em 7 de junho de 2020.

AREOSA, Silvia V. C. O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? Revista Virtual Textos & Contextos. Porto Alegre, V.3, nº 1, p. 1-12, 2004. Disponível em: < http://www.pucrs.br/textos/main.htm>. Acesso em: 08 de junho 2020.

AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; BULLA, Leonia Capaverde. Contexto Social e Relações Familiares: O Idoso Provedor. In: AREOSA, Silvia Virginia Coutinho. Terceira Idade na UNISC: Novos Desafios De Uma População Que Envelhece. EDUNISC. Santa Cruz do Sul, 2008.

BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Ed. Zahar, trad. Plínio Dentzien, Rio de Janeiro-RJ, 2014.

BECK, A. T.; STEER, R. A. Beck anxiety inventory: manual. San Antonio: Psychological Corporation, 1997.

BECK, Judith S. Terapia cognitiva para desafios clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2007. BYERS, A. M. et al. Occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: the national comorbidity survey replication. Archives of General Psychiatry, v. 67, n. 5, p. 489-496, 2010.

BEEKMAN, A. T. et al. Anxiety and depression in later life: co-occurence and communality of risk factors. American Journal of Psychiatry, v. 157, n. 1, p. 89-95, 2000.

BORGES, C. N; BUENO, M. G.; LIMA, T. M. Consumo, estética e saúde feminina nas páginas e discursos da revista Boa Forma. Congresso de Ciências da Comunicação. Campo Grande-MT. Anais. 2012.

BULLA, L.C.; KAEFER, C.O. Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. Revista Textos e Contextos. Porto Alegre: PUCRS, vol.2, n°1, 2003. Disponível em: http://revista eletrônicas.pucrs.Br/fass/ojs/index.php/fass/issue/view/87 Acesso em: 15 de maio 2020.

BULLA, L. C.; KUNZLER, R. B. Envelhecimento e gênero: distintas formas de lazer no cotidiano. In: DORNELLES, Beatriz; COSTA, Gilberto J. C. da (Org.). Lazer, realização do ser humano: uma abordagem para além dos 60 anos. Porto Alegre: Dora Luzzatto, 2005.

BUTLER, A. C. et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clinical Psychology Review, v. 26, n. 1, p. 17-31, 2006.

CABALLO, Vicente. Manual para o Tratamento Cognitivo Comportamental - Dos Transtornos da Atualidade. Editora Santos Vol. II – São Paulo, 2006.

GANGULI, M. et al. Depressive symptoms and cognitive decline in late life: a prospective epidemiological study. Archives of General Psychiatry, v. 63, n. 2, p. 153-160, 2006.

HENDRIKS, G. J. et al. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinava, v. 117, n. 6, p. 403-411, 2008.

HOFMANN, S. G.; SMITS, J. A. J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo controlled trials. Journal of Clinical Psychiatry, v. 69, n. 4, 2008.

KNAPP, Paulo (Org.). Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LASLETT, Peter *A fresh map of life*: the emergence of the third age. Cambridge: Harvard University Press. 1991.

LIMA, C. V. O.; DERDYCK, P. R. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para pessoas com depressão. In: RANGE, B. (Ed.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MARTINS da SILVA, Katiuscia *in* Reabilitação Neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica. Jacqueline Abrisqueta-Gomez et al. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NERI, Anita L. Palavras-Chave em Gerontologia. São Paulo:Alínea, 2008.

OLIVEIRA, MS et. al. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: Relato de Caso. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. v.7, n. 1, p. 30-34, 2011.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. História, Ciência, Saúde - Manguinhos vol.15 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2008.

PAULO, D. L. V.; YASSUDA, M. S. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. Revista de Psiquiatria Clínica,v. 37, n. 1, p. 23-26, 2010.

PEIXOTO, Clarice Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idosos, terceira idade... In: Barros, Myriam Moraes Lins de (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: FGV. p.69-84. 1998.

PINQUART, M.; DUBERSTEIN, P. R.; LYNESS, J. M. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. Aging & Mental Health, v. 11, n. 6, 2007.

RAZZOUK, D.; ALVAREZ, C. E.; MARI, J. J. O impacto econômico e o custo social da depressão. In: LACERDA, A. L. T. et al. (Ed.). Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed, 2009.

RANGÉ, Bernard (Org.). Psicoterapias cognitivo comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

TRISTÁN, S. V. L.; RANGEL, A. L. G. Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manu-alizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. Revista Intercon-tinental de Psicología y Educación, v. 11, n. 2, 2009.

VINK, D.; AARTSEN, M. J.; SCHOEVERS, R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. Journal of Affective Disorders, v. 106, n. 1-2, p. 29-44, 2008.

WILSON, Rob; BRANCH, Rhena (Org.). Terapia Cognitivo Comportamental Para Leigos. Rio de Janeiro: ALTA BOOKS, 2012.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. Aprendendo a terapia cognitivo-compor-tamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.

# VIOLÊNCIA EM TEMPOS DE PANDEMIA E SEUS REBATIMENTOS NA SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA

Ana Karina da Cruz Machado[1]
Roberta Machado Alves[2]
Hilderline Câmara de Oliveira[3]

**Resumo:** As últimas estatísticas divulgadas no país, indicaram que a população de brasileiros manteve a tendência de envelhecimento, e deve dobrar até 2042, apesar disso, pouco há o que se comemorar, já que um em cada 6 idosos brasileiros sofrem algum tipo de violência. O presente estudo visa evidenciar os rebatimentos da violência na saúde mental da pessoa idosa no período da pandemia pelo Coronavírus. A metodologia escolhida se baseia na revisão sistemática de literatura com busca na base de dados Scielo, BVS, Pepsic, além de sites governamentais. Os resultados demonstram que as denúncias de violência contra idosos nesse período de pandemia são crescentes, os casos de violência quintuplicaram de março até maio do corrente ano. Além disso, diversos autores ressaltaram a associação da violência com o surgimento de quadros psiquiátricos, com destaque na depressão. Evidencia-se ainda, como rebatimentos da violência, a solidão, o isolamento, a autonegligência e a ansiedade. Notou-se que estudos que abordam violência e consequências na saúde mental do idoso, ainda é bastante incipiente, aponta-se em todos os estudos, que os rebatimentos iniciam em distúrbios psíquicos e finalizam no desejo pela morte. Conclui-se pela necessidade da construção de estratégias e políticas

1 Assistente Social. Gerontóloga. Especialista em Gerontologia. Especialista em Saúde Mental. Especialista em Saúde do Trabalhador. Mestra em Educação. Mestranda em Psicologia do Trabalho da Universidade Potiguar. Docente de Pós Graduação da CESAC Faculdade E-mail: karinacruz_rn@yahoo.com.br

2 Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva. Especialista em Avaliação Psicológica. Mestranda em Saúde Coletiva. Mestranda em Gerontologia. E-mail: psirobertaalves@gmail.com

3 Assistente Social. Doutora em Ciências Sociais. Pós doutorado em Direitos Humanos. Mestre em serviço social. Especialista em Antropologia. Professora Orientadora. Docente do programa de strict sensu da Universidade Potiguar. E-mail: hilderlinec@hotmail.com

pós período pandêmico, que visem promoção do envelhecimento saudável e garantia dos direitos humanos, com enfoque na dignidade da pessoa idosa. Necessário ainda a capacitação de profissionais para atenderem adequadamente às demandas de violência; investir em ações de prevenção e atenção aos transtornos mentais em idosos, contribuindo para melhor qualidade de vida dessa população.

**Palavras-chave**: Pandemia. Coronavírus. Isolamento. Violência. Idosos.

## Introdução

O Brasil, vem contabilizando em suas estatísticas, uma progressiva e acelerada mudança na pirâmide etária, destacando o idoso em seu topo. Mas, à medida em que o idoso ganha em anos a ser vividos, perde na qualidade de vida e nas relações sociais e humanas, sobretudo, em seu vínculo familiar, sofrendo muitas vezes, negligência, abandono e violência, sobretudo da família, que deveria ser amado e protegido conforme aponta a legislação.

Segundo o Estatuto do Idoso, (Lei Federal 10.741/2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, deste modo os idosos correspondem a parcela da população que mais cresce no país, gerando assim, uma grande preocupação com o processo de envelhecimento.

A Lei assegura ao idoso o direito de envelhecer com dignidade, ter a garantia de proteção social entre outras garantias, e como dever do Estado, da sociedade e da família, a proteção e a garantia a vida e as necessidades básicas (BRASIL 2003). Entretanto, o que se vê é que no Brasil, são as precárias condições de vida as quais grande parte dos idosos brasileiros vivem. Condições insuficientes para a compra de itens para a sua subsistência, tais como: alimentos, medicações etc. e dependendo de uma única fonte de renda, ou mesmo sendo responsável pela família, composta por diferentes gerações que vivem no mesmo domicílio (ALCÂNTARA et.al, 2016).

A família é um dos primeiros ambientes de socialização do indivíduo, atuando diretamente na sua formação humana e mediando os padrões, modelos e influencias culturais. No entanto, com a chegada da velhice esses vínculos familiares muitas vezes são desfeitos pela não adaptação do idoso à família, o conflito de gerações, a dependência química ou mesmo alcoólica, as limitações financeiras, dentre outros, afetando diretamente as relações intrafamiliares, o que pode desembocar em situações de violências e maus tratos a pessoa idosa.

Para a família como um sistema, enfrenta vários desafios diante das demandas advindas com o envelhecimento que são ainda maximizadas em situações difíceis, tais como, o enfrentamento de pandemias. Cada família vai responder de uma forma diferente, essas variantes se dão de acordo com os relacionamentos, vínculos, valores, regras e padrões familiares anteriores a essa fase. Assim, a maneira com a qual cada família reage a essa situação dependerá do tipo de sistema que criaram ao longo dos anos, bem como, da flexibilidade,

ISBN 978-65-86901-26-9

da capacidade de ajustar-se às novas exigências, aos ganhos e às perdas decorrentes desse período (PONS, E.P. & GONZALEZ, I.L 2010).

A pandemia do novo Coronavírus impôs meses de isolamento social e uma nova realidade a ser vivenciada, ainda mais para a pessoa idosa, que constitui grupo de risco para o vírus. Para a Anestech Innovation Rising (2020), O COVID-19 (CORONAVIRUS), faz parte de uma família de vírus que causa infecções respiratórias com alto potencial de transmissibilidade, transmitido pelas secreções respiratórias, onde, o indivíduo ao falar ou espirrar, expele gotículas que contêm o vírus SARS-CoV-S2 que causa a doença COVID-19.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2020), os idosos são chamados de grupo de risco para contaminação, ou seja, grupo suscetível ou mais vulneráveis devido às alterações associadas a idade, tais como: a redução da capacidade de limpeza do sistema respiratório, a redução da eficiência das trocas gasosas e redução da força dos músculos respiratórios, assim como a diminuição da capacidade imunológica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), orienta que, como medida de prevenção, as pessoas do grupo de risco, adotem o isolamento social, permanecendo em casa, tomando alguns cuidados que diminuam o risco de contaminação. Além de permanecer em casa, é recomendado que os idosos tenham cuidado redobrado em não receber visitas, usar sempre máscaras na presença de estranhos ou quando sair de casa, pois esses cuidados impedem o contato das secreções respiratórias (gotículas expelidas ao espirrar ou tossir) de uma pessoa para outra.

A pandemia em curso se tornou um desafio real para as famílias das pessoas idosas. Como manter o idoso protegido quando outros membros familiares estão expostos o tempo inteiro? Além disso, a quarentena, imposta principalmente aos idosos, devido a crescente contaminação por Coronavírus ocasionou grande mudança na rotina do dia a dia, neste período, uma grande parte das pessoas idosas estão vivenciando um lado negativo ocasionado por solidão, abandono, negligência e violência. Esta última, quase sempre proveniente de seus familiares.

Corroborando com esse pensamento, Moraes et. al (2020), afirma que o distanciamento social, apesar de ser a principal estratégia para a redução da velocidade de transmissão do novo Coronavírus, tem tido várias repercussões negativas, dentre elas o aumento da violência contra a pessoa idosa e a restrição do convívio social cujo impacto se dá principalmente na saúde mental da pessoa idosa.

ISBN 978-65-86901-26-9

No Brasil, mesmo antes da pandemia, os idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência, e violação de direitos, causados tanto por familiares, como pela coletividade. Com a deteriorização da qualidade das relações interpessoais atualmente, podemos perceber os impactos nas relações familiares, onde o vínculo afetivo entre os próprios membros da família, por vezes falta com o respeito com a pessoa idosa, e o torna invisível diante dos demais.

Com o isolamento essas violências ficaram mais evidenciadas e o aumento dos índices de violência foram notórios. Segundo o Ministério da Mulher, da Família, dos Direitos Humanos (MMFDH), órgão do Governo Federal, responsável pelas notificações de violência contra o idoso, através do serviço de ouvidoria dos serviços e direitos humanos disque 100, todos os dias são registradas diversas violações contra o direito ao idoso. Durante a pandemia (triênio de março a maio), os números notificados saltaram de 3 mil em março para 17 mil em maio, o que corresponde a um crescimento de 567% em apenas 3 meses (BRASIL, 2020).

Esses dados reforçam a importância de levantar a temática do fortalecimento de vínculos na família do idoso para evitar situações de violências, mesmo esse sendo um desafio em meio ao período em que todos estamos imersos.

O presente artigo visa evidenciar os rebatimentos da violência na saúde mental da pessoa idosa no período da pandemia pelo Coronavírus no Brasil.

Justifica-se a relevância da temática, por ser o fortalecimento de vínculos familiares um desafio, sobretudo, nesse momento atípico ao qual o mundo vem passando, que tem aflorado sentimentos de impaciência, insegurança, medo entre outros, e que podem impactar na maneira de tratamento dedicado a pessoa idosa no seio familiar, provocando sofrimento e dor, neste sentido, registra-se a importância de discutir a temática visando a garantia de um envelhecimento digno, com qualidade de vida e sem sofrimento.

## Metodologia

Para essa pesquisa foi realizada uma revisão sistemática de literatura

A busca foi extraída na base de dados de bibliotecas digitais e plataformas online como a SciELO, Pubmed e PePSI.

Os critérios de inclusão utilizados, foram artigos com os descritores: idoso e pandemia, violência em idosos e pandemia, impactos da violência, saúde mental idosos e Coronavírus.

ISBN 978-65-86901-26-9

O ano de publicação não foi um critério estabelecido como importante, tendo em vista que a temática do Coronavírus é recente, onde o mundo inteiro ainda busca conhecer e entender melhor sobre a pandemia, dessa forma, todos os artigos que tinham relevância e destacavam o Coronavírus foram primariamente considerados. Após a busca inicial, foram adicionadas pesquisas sobre os impactos e rebatimentos da violência na saúde mental das pessoas idosas.

O período de construção do artigo se deu entre os meses de maio a outubro do ano em curso.

Após a leitura de 28 trabalhos, foram selecionados 16, aos quais foram incluídos nesse estudo por estarem em consonância com o objetivo proposto.

A busca foi realizada em períodos na língua portuguesa e inglesa.

Os critérios de exclusão foram aplicados quando encontrados artigos incompletos ou que abordavam o vírus que não eram com o público idoso.

Dentre as limitações do presente estudo, podemos ressaltar a relevância da pesquisa. Destaca-se que, devido ao tema tão específico foram estudados ainda, artigos que trouxerem a abordagem cognitivo comportamental com idosos com sintomatologia ansiosa e depressiva.

Trata-se de um estudo exploratório, portanto, sugere-se que pesquisas futuras sejam conduzidas para melhor eficácia e elucidação do objetivo proposto e dos resultados destacados, uma vez que a pandemia ainda está em curso e que muitos outros estudos ainda serão contribuidores da temática.

## Referencial teórico

O envelhecimento é um processo natural da diminuição das funções orgânicas e funcional, que com o passar do tempo é inevitável acontecer. No envelhecimento é normal o aumento da fragilidade e vulnerabilidade, devido à influência do estilo de vida e agravos a saúde.

A Organização das Nações Unidas (ONU), considera idoso, pessoas com 60 anos, nos países em desenvolvimento como no Brasil, e 65 anos ou mais, nos países desenvolvidos. Assim, o envelhecimento fisiológico se refere ao conjunto de alterações que ocorre no organismo humano implicando na perda progressiva da capacidade funcional, e, aliado a isso, o conjunto de alterações patológicas decorrente de doenças e do estilo de vida que este indivíduo leva até essa fase. Entende-se que as doenças associadas a perdas fisiológicas em idade avançada, poderão levá-las a insuficiência de órgãos e incapacidade motora, chegando ao óbito em alguns casos.

ISBN 978-65-86901-26-9

Para Rodrigues e Soares (2015), é importante considerar que o envelhecimento, além de ser um fato biológico, é também um aspecto cultural que deve ser observado sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada, logo o tratamento direcionado a esse seguimento da vida também dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, a partir dos quais ela construirá a concepção acerca dessa última etapa da vida, exatamente por isso nem todas as pessoas vivenciam o envelhecimento da mesma forma.

Corroborando com o autor acima, os indicadores demográficos de envelhecimento, apontam que não só são as condições biológicas individuais implicam na desigualdade na saúde, mas também as questões básicas e fundamentais relacionadas ao aumento de oferta ao acesso aos serviços de saúde, a educação e a renda familiar também fazem diferença em relação a qualidade de vida, por isso ainda se ver o aumento de políticas públicas baseadas no monitoramento das condições de saúde, ações preventivas e ações redutoras de desigualdades sociais como melhor saída para a redução das iniquidades em saúde e melhor qualidade no envelhecimento (IPEA, 2010).

Dado esses fatores, no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se para o ano 2025 que essa população atingirá, aproximadamente, 34 milhões de idosos no Brasil. Deste modo, segundo os padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil, hoje, já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido (MOURA e CAMARGOS, 2005).

No Brasil, um dos maiores desafios deste século é assegurar qualidade de vida para uma população tão crescente ao qual grande parte tem um nível socioeconômico e educacional baixo, assim como maior prevalência ao descaso, maus-tratos e abandono e violências, mesmo tendo uma legislação (Estatuto do Idoso) a seu favor. Mesmo com todas as conquistas legais, os idosos ainda sofrem, e a velhice saudável e sem violência se constitui em um dos maiores desafios governamentais e para a família.

As evidências do envelhecimento mostram que as doenças causam dependência e geram crescentes gastos, impactando na economia familiar. Sabe-se que o estado também não consegue ofertar um serviço satisfatório para esse segmento da população. Neste sentido, a velhice é quase sempre vista como um "problema" e quem deveria garantir o direito a um envelhecimento digno, muitas vezes é quem mais viola os direitos assegurados.

A crise econômica provocada pela pandemia e o reduzido alcance das políticas sociais de apoio aos trabalhadores que ficaram desempregados ou

ISBN 978-65-86901-26-9

impedidos de trabalhar nesse período, em função do isolamento, contribui para o desencadeamento ou o agravamento de situações de violência, ao reduzir drasticamente a renda familiar, especialmente o abuso financeiro contra a pessoa idosa, assim como outras formas de violência (MORAES, et.al 2020).

Apesar de já existir meios para proteger as pessoas idosas, a realidade tem mostrado que muitos deles nesse período de pandemia principalmente, foram abandonados ou tiveram negados assistência material, ou ainda vínculo de carinho e afeto.

Neste período de pandemia que afeta o mundo, ao qual o Brasil tem crescentes números de óbitos, a preocupação não tem sido somente em proteger os idosos do vírus, mas principalmente, proteger das violências que em três meses de isolamento social, o número de casos registrados já atingiu a metade das denúncias de todo o ano de 2019 (BRASIL, 2020), o estudo também mostrou que os principais tipos de violação são exposição de riscos à saúde, maus tratos, ameaças e a violência psicológica. Essas situações trazem rebatimentos para a saúde mental dos idosos afetados, conforme veremos em diversos estudos sobre a temática destacados abaixo:

## Resultados e discussões

| RESULTADOS | AUTOR / ANO DE PUBLICAÇÃO | PERIÓDICO/ FONTE |
|---|---|---|
| A suspensão das atividades presenciais, que culminou com o fechamento e interrupção de muitas atividades profissionais e o trabalho remoto, fazem com que os indivíduos acumulem tensões inerentes ao convívio familiar pleno, muitas vezes em residências precárias que agregam muitos moradores, onde os idosos sofrem os impactos. Soma-se a isto o medo de adoecer, de perder entes queridos, a redução do apoio social formal e informal e a incerteza sobre o futuro | MARQUES ES et al. 2020 | SCIELO |
| A pandemia expôs e intensificou o contexto de desigualdades econômicas previamente existentes no país, assim como o distanciamento social reduziu o já difícil acesso aos serviços de saúde e de proteção social. Nesse cenário, cabe trazer à discussão a possibilidade de aumento da violência contra a pessoa idosa (VCPI). | BRASIL, 2020 | SCIELO |

| | | |
|---|---|---|
| Além da vulnerabilidade social e econômica, grande parte das idosas e dos idosos brasileiros é alvo do isolamento e do abandono por parte de familiares, muitas vezes sem condições estruturais de acolher e cuidar do parente durante a velhice, oque se agravou ainda mais, no período vigente. | SANTINI ZI et. al., 2020 | SCIELO |
| Os principais tipos de violação são exposição de riscos à saúde, maus tratos, ameaças e a violência psicológica. As mulheres são as que mais sofreram violações, representando 90% dos números registrados no Disque 100. | SEJUC, 2020 DISQUE 100 | BRASIL |
| O distanciamento social também pode provocar problemas de saúde mental que debilitam ainda mais o bem-estar dos idosos, tais como sentimento de solidão, insônia, ansiedade, perda de apetite e depressão. | SANTINI ZI et. al., 2020 | SCIELO |
| Ressaltado a associação da violência com o surgimento de quadros psiquiátricos, sobretudo a depressão. | PENA, 2006 | PUBMED |
| Evidencia-se ainda, como rebatimentos da violência, a solidão, o isolamento, a autonegligência e a ansiedade. | VERAS, 2018 | PEPSIC |
| Em um estudo feito com 185 idosos que sofriam violências no estado de São Paulo 83% desses, citaram a vontade de morrer após assumirem os maus tratos vividos | CASTRO, 2013 | PUBMED |
| Estudos que abordam violência e consequências na saúde mental do idoso, ainda é bastante incipiente, aponta-se em todos os estudos, os rebatimentos iniciam em distúrbios psíquicos e finalizam no desejo pela morte. Destaca-se a relevância da temática, uma vez que existe a preocupação recente com o índice de suicídios em idosos. | QUEIROZ, 2010 | PEPSIC |
| Ressalta-se a importância da manutenção e da ampliação dos equipamentos sociais da rede de proteção formal e informal ao idoso, tais como delegacias do idoso, conselhos, associações, dentre outros, bem como da rede informal dos vizinhos, porteiros de prédios e outras pessoas da comunidade para a identificação de situações de maior vulnerabilidade. Ainda há que se reforçar a importância das ações de solidariedade e compartilhamento do cuidado ao idoso entre as pessoas que vivem no domicílio a fim de reduzir a sobrecarga dos cuidadores | ABRASCO, 2020 | SCIELO, 2020 |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| O aumento do estresse e da ansiedade devido ao medo de adoecer, de não ter acesso aos serviços de saúde, de precisar ser hospitalizado ou mesmo de morrer devido à doença, em paralelo ao distanciamento de familiares e amigos e o pouco acesso às instituições de apoio social, podem promover o aumento de sintomas depressivos, bem como o agravamento de problemas neurológicos, cognitivos e de condições clínicas preexistentes, como já mencionado. Tudo isto favorece as novas ocorrências e o agravamento de situações de violência já instaladas | ELMAN A, 2020 | SCIELO |
| O isolamento social está ainda associado ao abuso de álcool, tanto de idosos como de cuidadores, o que costuma ser um fator de risco para as diversas formas de violência | BROOKS SK, 2020 | PEPSIC |
| Em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro, Salvador e Recife foram unânimes a percepção das equipes técnicas quanto à ausência de serviços e profissionais habilitados para atender às necessidades mais comuns das pessoas idosas. A formação continuada e a adequação da rede de saúde foram as suas principais sugestões para melhorar a qualidade da atenção. | VALADARES; SOUZA 2018 | PEPSIC |
| A violência contra a pessoa idosa é um fenômeno complexo e de difícil captação. As investigações sobre a temática se expandiram no cenário internacional a partir da última década e, atualmente, têm se apresentado mais avançadas e metodologicamente mais rigorosas, contribuindo com subsídios para o enfrentamento do problema. | BOND et al, 2017 | SCIELO |
| Os idosos constituem um grupo populacional com alta vulnerabilidade aos maus-tratos,sobretudoquandosão mulheres, solteiras, com idade avançada, com baixa escolaridade, possuem alguma dependência física ou psicológica e vivem com filhos, noras e netos | BROOKS SK, 2020 | PEPSIC |
| Em geral, no contexto da população idosa, os estudos abordam os tipos de abuso, fatores de risco e notificações, bem como a violência relacionada ao ambiente doméstico e institucional e a abordagem da mesma pelos profissionais de saúde. No entanto, ainda são escassas as pesquisas que versam sobre o panorama das hospitalizações decorrentes de situações de violência. | BROOKS SK, 2020 | PEPSIC |

## Considerações finais

No decorrer deste trabalho, vimos que a pandemia ocasionada pelo COVID-19 e o distanciamento social trouxeram à tona uma realidade já existente e que necessita urgentemente de enfrentamento.

Dentre os tipos de violências sofridas pela pessoa idosa nesse período, destacamos o aumento das violências praticadas no domicílio, mesmo antes da pandemia, essa vulnerabilidade já era palco de advertência nos últimos anos no Brasil. No entanto, uma vez que com esse período, os índices quintuplicaram o assunto voltou a ser pauta governamental, uma vez que, denota a insuficiência de políticas públicas e de garantia do envelhecimento com qualidade de vida e dignidade.

Portanto a reflexão sobre o abandono e a violência não se encerra nesse breve trabalho. Sugere um tema de fundamental importância nas relações estabelecidas entre o idoso e os diversos grupos da sociedade. Todavia, mostra várias possibilidades de enfrentamento desse problema, tais como um maior envolvimento por parte dos familiares nas relações inerentes ao seu idoso, a consciência da sociedade, a preparação para envelhecer e as ações eficazes, frutos das políticas públicas voltadas a esse seguimento.

Conclui-se que o crescimento dessa demanda, exige a construção de estratégias e políticas, que visem promoção do envelhecimento saudável e garantia dos direitos humanos, com enfoque na dignidade da pessoa idosa, pois, junto com o envelhecimento, problemáticas como a violência são evidenciadas, necessário ainda a capacitação de profissionais para atenderem adequadamente às demandas de violência; investir em ações de prevenção e atenção aos transtornos mentais em idosos, contribuindo para melhor qualidade de vida dessa população.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALCÂNTARA AO, CAMARANO AA, Giacomin KC. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.

BAUMAN, Z. Modernidade Líquida. Ed. Zahar, trad. Plínio Dentzien, Rio de Janeiro-RJ, 2014.

_____ Lei n.10741/2003/Estatuto do Idoso. Brasília, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. IPEA. PNAD - Primeiras Análises: Tendências Demográficas; 2010.

CAMARANO A.A; BELTRÃO, K.I. características sociodemográficas da população idosa brasileira. Revista de estudos feministas, IFCS/UFRJ, v.s, p. 106 - 1° sem. 1997

MARDEGAN, ELYSEU-MERCURIO 1993. Política Nacional do Idoso-Declaração Nacional dos Direitos Humanos- Programa Nacional dos Direitos Humanos.Imprensa Nacional; 1998.

VERAS, R.P; CAMARGO JR; L Idosos e universidade: Parceria para qualidade de vida. /n: VERAS, R.P (org) terceira idade: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) (2020). Posicionamento sobre COVID-19. Disponível em: https://sbgg.org.br/posicionamento-sobre-covid-19-sociedade-brasileira-de-geriatria-e-gerontologia-sbgg-atualizacao-15-03-2020/ Acesso em 14 de outubro de 2020.

Pana-Cryan R, Ray T, Bushnell T, Quay B. *Economic Security during the COVID-19 Pandemic: A Healthy Work Design and Well-being perspective*. Centers for Disease Control and Prevention; 2020 [cited 2020 Jun 29].

Available from: https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2020/06/22/economic-security-covid-19/ Acesso em 10 de outubro de 2020.

Ortega F, Orsini M. Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health* 2020; 15(8):1-21.

World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19): Situation Report - 185. Geneve: WHO; 2020. [cited 2020 Jul 23]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200723-covid-19-sitrep-185.pdf?sfvrsn=9395b7bf_2 Acesso em: 10 de outubro de 2020.

SANTINI ZI, JOSE PE, YORK Cornwell E, KOYANAGI A, NIELSEN L. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. Lancet Public Health 2020.

PENA, F. B.; SANTO, F. H. E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 17 -24, 2006.

QUEIROZ ZPV, LEMOS NFD, RAMOS LR. Fatores potencialmente associados à negligência doméstica entre idosos atendidos em programa de assistência domiciliar. Ciência Saúde Coletiva. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a19v15n6.pdf Acesso em 08 de setembro de 2020.

VERAS, Renato P.; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc. saúde colet. 23 (6) Jun 2018.

# O USO DE PSICOFÁRMACO POR PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Regina Lígia Wanderlei de Azevedo[1]
Davi Azevedo Ferreira[2]

**Resumo:** O saber na psiquiatria farmacológica é fundamentalmente empírico, pela falta de causalidade entre efeitos bioquímicos dos psicofármacos e as respostas psicopatológicas observadas nos pacientes. O envelhecimento aumenta a probabilidade de dependência a drogas e intoxicação, significando que os idosos são vulneráveis aos efeitos desses medicamentos. O presente estudo teve como objetivo prover evidências integrativas contemporâneas acerca do uso de psicofármacos por idosos com sintomas de depressão e/ou de ansiedade. Estudo no formato revisão da literatura do tipo integrativa, realizada em maio de 2020, tendo como problemática: como se dá o uso de psicofármacos pelos idosos? A investigação foi realizada no periódico CAPES, *SciELO* e LILACS, utilizando os descritores psicofármacos, depressão e ansiedade. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, 24 artigos foram selecionados por atenderem aos critérios estabelecidos para análise. Constatou-se grande uso de psicofármacos na população idosa, sendo essa medicamentalização ocorrida por vários fatores, como desigualdade sociaoeconômica, modo como enxerga a vida, fatores de abandono ou de sentimento de solidão, ocorrências de quedas, podendo ser causadas pelo uso do medicamento ou não, pós hospitalização ou durante, onde acaba se fazendo uso de antidepressivos, benzodiazepínicos, ansiolíticos e hiponóticos. Evidencia-se assim, a necessidade de uma melhor compreensão dessa prática medicamentosa em senis, para um melhor preparo dos profissionais de saúde que vão lidar com esse tipo de transtorno em idosos,

1 Professora Adjunta I do curso de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG e pós-doutoranda do Instituto Universitário de Lisboa - Iscte, regina.azevedo@gmail.com;

2 Graduando do curso de Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, davi2574azevedoferreira@gmail.com;

sendo, na maioria das vezes, um paciente polimedicado e de difícil prescrição segura de medicamentos.

**Palavras-chave:** Idosos, Depressão, Ansiedade, Psicofármacos, medicamentos.

## Introdução

O saber na psiquiatria farmacológica é fundamentalmente empírico, devido à falta de causalidade entre os efeitos bioquímicos dos psicofármacos e as respostas psicopatológicas observadas nos pacientes. Pela necessidade de evitar associação excessiva de medicamentos e de buscar conceitos práticos para estratégias terapêuticas, um entendimento sintético é necessário. Isto é possível raciocinando-se topologicamente, usando-se um sistema de três eixos conceituais, onde as ações dos antidepressivos, dos antipsicóticos e dos estabilizadores de humor são representadas espacialmente e assim inter-relacionadas (COSTA, 2007, p. 504-516).

Os ansiolíticos, antidepressivos e estabilizadores de humor, são utilizados em ampla segurança para o tratamento de psicopatologias diversas. Por outro lado, o uso desses psicofármacos podem por pessoas idosas trazem uma relação de risco e benefício, podendo sedar um paciente agitado, até causar, por exemplo, uma queda no senil por um efeito colateral (ASSATO; BORJA-OLIVEIRA, 2015, p. 687-701)

A importância do uso de medicamentos em geral e psicotrópicos, em particular, entre os idosos, pode apresentar consequências, haja vista o envelhecimento aumentar a probabilidade de dependência a drogas e intoxicação, significando que os idosos são particularmente vulneráveis aos efeitos desses medicamentos. Esses efeitos incluem comprometimento cognitivo, sedação, síndrome convulsional, quedas e aumento risco de fraturas (motivo frequente para internação) (TÉLLEZ-LAPEIRA *et al.,* 2016, p. 183-194).

Destarte, a prescrição de psicotrópicos para pessoas idosas está relacionada a sintomatologia depressiva e ansiogênica, que tem se tornado comum nesta fase da vida. A literatura aponta que o índice de depressão e ansiedade em idosos é multifacetada, podendo ser ancorada por exemplo, a sentimentos de abandono familiar, quando este é "depositado" em instituições de longa permanência, elevando o isolamento e afastamento social e, consequentemente o surgimento de sintomatologia depressiva e/ou transtornos de ansiedade, sendo, portanto, necessário um tratamento biopsicossocial e medicamentoso (AMARAL; AFONSO; VERDE, 2020, p. 137-143).

Destarte, é importante enfatizar que os psicofármacos em geral causam alterações neurofisiológicas, sobretudo no organismo senil, podendo ocasionar efeitos colaterais e consequentemente, impactando na qualidade de vida da pessoa idosa. Logo, o aprofundamento científico acerca do tema é considerado

relevante, haja vista se tratar de dois constructos que trazem características particulares e idiossincráticas que necessitam de atenção e utilização não indiscriminada. Neste enfoque, o presente estudo teve como objetivo prover evidências integrativas contemporâneas acerca do uso de psicofármacos por idosos com sintomas de depressão e/ou de ansiedade.

## Metodologia

O presente estudo diz respeito a uma revisão da literatura do tipo integrativa, cuja finalidade é sintetizar uma vasta produção de conhecimento, proporcionando reflexões acerca de temáticas estudadas e lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010, p. 102-106).

Após delimitação do tema e objetivo a ser alcançado no estudo, foi formulada uma pergunta norteadora, sendo ela: como se dá o uso de psicofármacos pelos idosos? A partir de então, foram efetivadas buscas nas bases de dados periódicos CAPES, *Scientific Electronic Library Online* (*SciELO*) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Na busca de artigos, os descritores foram a partir do operador booleano AND, a saber: pacientes idosos AND psicofármacos; idosos AND depressão; idosos AND ansiedade. Além disso, tais descritores versaram em língua inglesa, espanhola e portuguesa, para uma abrangência maior de resultados, sendo importante também destacar que todos os descritores foram analisados na base de descritores em saúde (DeCS) da BVS (Biblioteca Virtual Saúde).

Foram utilizados como critérios de inclusão: trabalhos relacionados com psicofármacos, publicados entre os anos de 2015 a 2020, textos completos na íntegra disponível online, fonte primária, escritos em inglês, português e espanhol.

Foram excluídos: artigos de revisão da literatura, os que não apresentarem relação com a temática do trabalho vigente, artigos publicados anteriores ao ano de 2015, artigos em duplicidade.

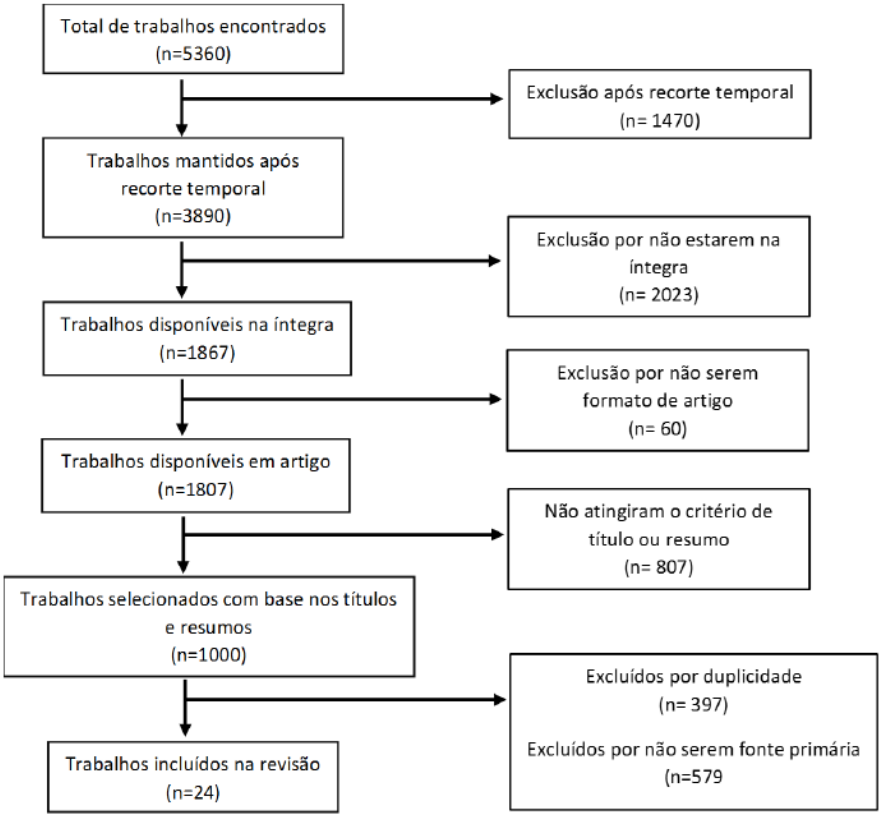
A busca, análise e seleção dos artigos foi realizada de forma independente por dois juízes, obtendo um percentual de concordância de 94%. Em seguida, todos os estudos selecionados foram reavaliados por uma professora doutora, que identificou como coerente as decisões dos juízes.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Resultados e discussão

A pesquisa inicalmente identificou 5360 trabalhos, e após a aplicação de critérios de exclusão, foram excluídos 5336 estudos. (Fig.1)

**Figura 1.** Fluxograma do processo de seleção de artigos.




**Fonte.** Dados da pesquisa, 2020.

No momento da pesquisa de artigos para produção do presente estudo, observou-se a presença maior de produções com o descritor idosos AND depressão, na base de dados LILACS (n=1737), seguida pelo periódico CAPES com o mesmo descritor (n=1308). (Quad.1)

**Quadro 1. Combinação de descritores e seus resultados nas bibliotecas virtuais.**

| | SciELO | CAPES | LILACS | TOTAL |
|---|---|---|---|---|
| **Idosos AND psicofármacos** | 30 | 39 | 73 | 142 |
| **Idosos AND depressão** | 901 | 1308 | 1737 | 3946 |
| **Idosos AND ansiedade** | 198 | 643 | 431 | 1272 |
| **TOTAL** | 1129 | 1990 | 2241 | 5360 |

**Fonte. Dados da pesquisa, 2020.**

Diante da leitura detalhada dos estudos, selecionou-se 24 artigos, por atenderem a todos os critérios estabelecidos. Assim sendo realizada a discussão e análise dos resultados. As características gerais dos estudos inclusos como autor(es) e ano, título, periódico e objetivo. (Tab.1)

**Tabela 1.** Panorama dos estudos selecionados.

| Referência | Periódico | Título do artigo | Objetivo do artigo |
|---|---|---|---|
| Petit-Monéger *et al.*, 2019. | BMC Health Services Research | Appropriateness of psychotropic drug prescriptions in the elderly: structuring tools based on data extracted from the hospital information system to understand physician practices | Selecionar e calcular indicadores que levam os idosos a tomar algum psicofármaco. |
| Aizenberg *et al.*, 2015. | Experimental Aging Research | The Association in Elderly Hospitalized Patients, Between Psychotropic Drugs and Hip Fractures Resulting from Falls | Avaliar a associação entre quedas e tratamento psicotrópico em pacientes idosos internados em departamento geriátrico agudo de um hospital geral, com atenção especial dada às propriedades anticolinérgicas |
| Kose; Hirai; Seki, 2018. | International Journal of Clinical Pharmacy | Psychotropic drug use and cognitive rehabilitation practice for elderly Patients | Avaliar a associação de aumento psicotrópicos durante a internação com atividades da vida diária em idosos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Walgers *et al.*, 2017. | European Geriatric Medicine | Psychiatric symptoms and use of psychotropic medication in elderly fall and syncope patients | Investigar sintomas psiquiátricos em idosos com síncope em comparação com idosos com quedas |
| Johnell *et al.*, 2016. | Int J Geriatr Psychiatry | Psychotropic drugs and the risk of fall injuries, hospitalisations and mortality among older adults | Investigar se os psicotrópicos estão associados a um risco aumentado de lesões por queda, hospitalizações e mortalidade em idosos |
| Huang; Wang; Chong, 2016. | Acta Neuropsychiatrica | Differences in prescribing psychotropic drugs for elderly with depression | Investigar a farmacoterapia de pacientes idosos com depressão comparando os padrões de prescrição de drogas psicotrópicas |
| Assato; Borja-Oliveira; 2015. | Estud. interdisci. envelhec | Psicofármacos potencialmente Inapropriados para idosos | Identificar Psicofármacos considerados potencialmente inapropriados para idosos. |
| Silva; Herzog, 2015. | Psicologia & Sociedade | Psicofármacos e psicoterapia con ancianos | Averiguar a relação entre o uso de psicofármacos eo processo psicoterápico de idosos atendidos em um serviço-escola no Vale do Rio Pardo/RS, durante o período de 1997 a 2011 |
| Santos *et al.*, 2019. | Análise Psicológica | Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica | Analisar uma Escala de Depressão Geriátrica |
| Amaral; Afonso; Verde, 2020. | Psicologia, saúde & doenças | Sintomatologia psicopatológica em idosos Institucionalizados | Avaliar a presença de sintomas psicopatológicos em idosos institucionalizados ou beneficiários de serviços de centro de dia. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fontes; Neri, 2019. | Ciência & Saúde Coletiva | Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico | Investigar evidências de validade interna e externa para uma medida de enfrentamento considerado como componente da resiliência psicológica em idosos. |
| Oliveira *et al.*, 2019. | Epidemiol. Serv. Saude | Fatores intervenientes nos indicativos de depressão em idosos usuários das unidades básicas de saúde de Maringá, Paraná, 2017 | Analisar os fatores intervenientes nos indicativos de depressão em idosos das unidades básicas de saúde (UBS) do município de Maringá, Paraná, Brasil, em 2017 |
| Gonçalves *et al.*, 2020. | Psicologia, saúde & Doenças | Sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e Ansiógena em pessoas idosas | Analisar a associação entre sintomatologia depressiva, ansiedade e sintomas somáticos |
| Carvalho *et al.*, 2017. | Rev. Bras. Geriatr. Gerontol | A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos | Caracterizar as intoxicações por psicofármacos com motivação suicida em idosos. |
| Figueiredo *et al.*, 2020. | Arq Bras Cardiol | Efeito Sinérgico da Gravidade da Doença, de Sintomas de Ansiedade e da Idade Avançada sobre a Qualidade de Vida de Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca | Investigar os principais fatores que interagem e pioram a qualidade de vida de pacientes ambulatoriais com IC |
| Téllez-Lapeira *et al.*, 2016. | Eur. J. Psychiat | Prevalence of psychotropic medication use and associated factors in the elderly | Estimar a prevalência de uso de drogas psicotrópicas em idosos não institucionalizados 65 anos ou mais velhos e identificar possíveis fatores condicionantes. |
| Guimarães *et al.*, 2019. | Ciência & Saúde Coletiva | Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência | Verificar a prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em idosos institucionalizados. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | |
|---|---|---|---|
| Prado; Francisco; Barros, 2017. | Epidemiol. Serv. Saude | Uso de medicamentos psicotrópicos em adultos e idosos residentes em Campinas, São Paulo: um estudo transversal de base populacional | Estimar a prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados em adultos e idosos, e identificar as principais classes utilizadas |
| Abi- Ackel *et al.*, 2017. | Rev Bras Epidemiol | Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados | Investigar a prevalência e os fatores associados ao uso de psicofármacos entre idosos. |
| Alduhishy, 2018. | Trends Psychiatry Psychother | The overprescription of antidepressants and its impact on the elderly in Australia | Analisar o uso de psictrópicos por idosos na Australia |
| Dias *et al.*, 2020. | Dement Neuropsychol | Depressive disorders in the elderly and dementia | Analisar o nível de depressão e demênciaa em idosos com Alzhemier e uso de psicofármacos |
| Silva *et al.*, 2019. | Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. | Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência | Estimar a prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos em um centro de referência |
| Silva *et al.*, 2019. | Cad. Bras. Ter. Ocup. | Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde | Caracterizar clinicamente os idosos residentes em uma ILPI filantrópica de uma cidade do interior do RS. |
| Leszek; Jadwiga; Agnieszka, 2016. | Ars Pharm. | Polypharmacy as a risk factor for depressive symptoms in geriatric patients: an observational, cross- sectional study | Correlacionar a polifarmácia com os sintomas depressivos nos idosos |

**Fonte.** Dados da pesquisa, 2020.

As análises dos artigos deixam evidentes que as prescrições de psicotrópicos em idosos é um grande desafio para os prescritores, até que ocorra com qualidade e riscos baixos ao senil. A maioria de pacientes idosos hospitalizados, receberam dos seus prescritores uma administração adequada dos psicofármacos, tendo uma quantidade pequena de senis que apresentem alguma problemática decorrente do uso de uma fármaco psicomodulador, sendo justificada pela presença de de outras caracteristicas clínicas do paciente, porém não se tira a preocupação da administração nessa faixa etária (PETIT-MONÉGER *et al.*, 2019, p. 1-11).

Entretando, uma preocupação no tratamento com psicotrópicos no risco de queda em idosos e consequente fraturas no quadril, o que pode gerar numa hospitalização desse senil ou piora do já hospitalizado. Em suma, é observado que há uma correlação clara do uso, principalmente, de ansiolíticos no aumento do risco de queda em idosos, gerando piora no seu quandro clínico, bem como na sua qualidade de vida (AIZENBERG *et al*., 2015, p. 546-555).

O uso de psicofármacos pode gerar reações adversas ao medicamento (RAM's) severas em qualquer organismo vivo, entretanto no idoso essas reações podem ter risco aumentado, tendo em vista a fragilidade do organismo senil. O uso de drogas psicoativas ou psicodepressoras pode levar a momentos de hipotensão em pessoas idosas, bem como um aumento da dificuldade de compreensão e de memória no paciente, gerando uma piora na qualidade de vida do paciente geriátrico pós hospitalização (KOSE; HIRAI; SEKI, 2018, p. 1-8). Além disso, atrelado com essas RAM's, vem o aumento do risco de mortalidade, bem como riscos de queda e internações geradas pelo uso irracional do medicamento, aumentando os custos hospitalares (JOHNELL *et al.,* 2016, p. 1-7).

Outra vertente bastante preocupante e identificado nos artigos, é a de intoxicação de idosos por psicotrópicos, com ideação suicida. O envenenamento moderado é o mais frequente e o principal desfecho a alta por cura. Como as drogas psicotrópicas mais utilizadas são antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos, eles são os preferidos para tentativa de suicidio. Sendo assim, intoxicação por psicofármacos com motivação suicida em idosos sugere a necessidade de promoção do envelhecimento ativo bem como acesso e uso racional desses medicamentos, o que reduz danos e preserva a vida de idosos (CARVALHO *et al.,* 2017, p. 134-142; ALDUHISHY, 2018, p. 241-243).

De acordo com Walgers *et al*., (2017, p. 1-5), o estudo da correlação de sintomas psiquiátricos de idosos com síncope é algo pouco investigado. Os sintomas psiquiátricos podem ser comuns em pacientes idosos com síncope ou quedas, ocorrendo em um quinto a um terço desses pacientes. Sendo assim, os médicos que cuidam de pacientes geriátricos com síncope devem estar cientes da alta prevalência de medo de queda em idosos, com seu declínio funcional associado a sintomas depressivos e alto uso de medicamentos psicotrópicos.

Com o aumento da população idosa no momento autal, bem consigo também um crescente aumento do número de senis com sintomas depressivos e outros transtornos mentais, utilizando diversos fármacos para tentar amenizar os sintomas dos seus transtornos. A maioria dos idosos fazem iso

de antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos, tendo como principal desafio dos psiquiátras e não psiquiátras relacionarem a dose a ser utilizada no paciente geriátrico, bem como implementar um meio que o paciente se sinta confortável no ambiente em que se encontra (HUANG *et al.*, 2016, p. 1-8).

Os sintomas somáticos são frequentes nos idosos, sendo de difícil explicação e tratamento. Por outro lado, constata-se que a depressão e ansiedade na velhice, também frequentes na velhice são subdiagnosticadas e subtratadas, não sendo, frequentemente encaradas como um problema de saúde nem pelos idosos nem pelos técnicos (GONÇALVES *et al.,* 2020, p. 131-136).

Muitos idosos se sentem sozinhos, tanto pela falta de atenção de familiares, como o menospreso da sociedade. Levando isso em consideração, o aumento expressivo do uso de psicofármacos entre pessoas idosas e o aumento do uso de medicamentos psicofarmacológica em geral na sociedade, o idosos vem aumentando seu consumo desses fármacos, principalemente de antidepressivos e ansiolíticos, e também o uso de estabulizadores do humor (SILVA; HERZOG, 2015, p. 438-448).

Importante enfatizar que escalas psicométricas são utilizadas nos estudos com idosos, a exemplo da Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale* – GDS), um instrumento de avaliação da depressão que procura superar as dificuldades de rastreio na população idosa, com vantagens demonstradas relativamente a outros instrumentos do mesmo tipo. Essa forma de instrumento de avaliação do estado sentimental da população idosa, pode ser de grande apreço para a comunidade clínica, tendo em vista que é voltada para uma faixa etária que é extremamente difícil a prescrição segura e adequada (SANTOS *et al.*, 2019, p. 405-415).

Um dado que é de suma relevância ressaltar, e foi identificado nos artigos, é o fenômeno de polifarmácia na população idosa, e com isso acompanhado também a utilização de medicamentos para tratamento de transtornos como depressão, ansiedade, bem como transtornos mistos depressão/ansiedade, além de problemas mais sérios como esquizofrenia. Os medicamentos mais usados pelos senis são: agentes citostáticos, corticosteróides, benzodiazepínicos, glicosídeos cardíacos, anti-inflamatórios não esteróides, relaxantes musculares, medicamentos não psicotrópicos com propriedades anticolinérgicas e analgésicos de ação central. Como esse idoso, muitas vezes, não possui só uma patologia, ocorre o tratamento de todas ao mesmo tempo, podendo ocorrer interações medicamentosas e inibição de algum dos medicamentos precisando

de uma atenção farmacoterapêutica diferenciada (LESZEK; JADWIGA; AGNIESZKA, 2016, p. 127-135).

Atrelado a esses polifarmácia, os artigos também debatem acerca do etiologia multifatorial da depressão em idosos, já que os dados epidemiológicos demonstram pacientes geriátricos que apresetam maior indice de depressão e ansiedade, são aqueles com menor renda mensal, percepção de saúde ruim, histórico de quedas e três ou mais comorbidades, enquanto os fisicamente ativos apresentaram menor indicativo de depressão, bem como idosos que vivem em instituições de longa permanência. Sendo assim, a prática de uma atividade física, bem como de uma melhora de alimentação, mais saudável, pode estar relacionado a um menor índice de depressão e ansiedade entre essa faixa etária (OLIVEIRA *et al.*, 2019, p. 1-10; GUIMARÃES *et al.*, 2019, p. 3275-3282; ABI- ACKEL *et al.*, 2017, p. 57-59).

Corroborando com Oliveira *et al.*, (2019, p. 1-10), o estudo de Silva *et al.*, (2019, p. 345-vem mostrando a prevalência, bem como os fatores associados a depressão em idosos atendidos em centros de referências. Observou-se uma prevalência de 37,2% de idosos com quadro depressivo, com os seguintes fatores associados que podem ter ajudado a desencadear esse quadro: percepção negativa sobre a própria saúde; fragilidade; ter sofrido quedas; ter sido internado no último ano; apresentar incapacidade funcional para realizar diárias e residir sozinho. Mostrando assim que o quadro depressivo em idosos é algo grave, pelo fato de serem uma faixa etária para ser prescrita com cautela o uso de psicofármacos.

Fazendo um comparativo do uso de psicofármacos entre adultos e idosos, os fatores que levam os idosos ao uso maior de psicotrópicos do que os adultos, fazendo com que haja uma prevalência maior nessa faixa etária da vida. No estudo de Prado; Francisco; Barros (2017, p. 747-758), retrata que a prevalência em idosos no uso de medicamentos psicofarmacológicos é maior que em adultos, por fatores como residir sozinho em casa, registro de hospitalização grave recente, registro de queda e abandono familiar em Instituições de Longa Permanência.

Uma boa forma de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa é incluir uma equipe multiprofissional e interdisciplinar no tratamento de suas patologias. Com o tratamento de transtornos depressivos e de ansiedade, uma boa equipe composta por farmacêutico, psicólogo, médico psiquiátra, enfermeiro e geriátra, pode ser de grande valia para o paciente senil, levando a uma melhora na sua qualidade de vida e no seu tratamento medicamentoso do seu transtorno

ISBN 978-65-86901-26-9

(SILVA *et al.*, 2019, p. 1-10). Atrelado a isso, vem com essa melhoria de qualidade de vida um processo de resiliência de idosos com depressão e ansiedade é algo que deve ser considerado. A resiliência é o processo de enfrentamento em fases de ameaças e adaptação a ela, bem como o processo de recuperação diante das adversidades levando o indivívuo a um desenvolvimento e amadurecimento emocional, sendo na pessoa idosa um bom parâmetro para ser analisado (FONTES; NERI, 2019, p. 1265-1276).

O quadro de insuficiência cardíaca pode piorar em decorrência de transtornos de ansiedade e de depressão, e em pacientes idosos isso é observado. A faixa etária com maior quadros de piora decorrente do transtorno psíquico no estudo foi entre 60 e 65 anos, podendo ter relação também com outras patologias pré-existentes, o que chamamos de comorbidades, como diabetes e hipertensão (FIGUEIREDO *et al.,* 2020, p. 25-32).

A relação entre transtornos depressivos em idosos e demência, particularmente a doença de Alzheimer (DA), é altamente complexa. Embora a natureza desse relacionamento ainda seja motivo de debate, o diagnóstico e o tratamento diferenciais continuam sendo um grande desafio clínico. Há a existencia de um conjunto biológico entre transtornos depressivos em idosos e a DA. Entretanto, o papel do tratamento antidepressivo como estratégia para minimizar o risco de DA ainda precisa ser estabelecido (DIAS *et al.*, 2020, p. 1-6).

Diante do que foi exposto é notório o grande uso de psicofármacos na população idosa, sendo essa medicamentalização ocorrida por vários fatores, como desigualdade sociaoeconômica, modo como enxerga a vida, fatores de abandono ou de sentimento de solidão, ocorrências de quedas, podendo ser causadas pelo uso do medicamento ou não, pós hospitalização ou durante, onde acaba se fazendo uso de antidepressivos, benzodiazepínicos, ansiolíticos e hiponóticos. Além disso, o uso de medicamentos que mexem com a psiquê, devem ser usados com cautela por esses pacientes, tendo o profissional de saúde, em especial o prescritor, uma difícil tarefa, pois muitas vezes esse idosos já faz uso de uma polifarmácia, podendo ocorrer o fenômeno de interações medicamentosas e diminuição ou corte do efeito de algum fármaco em uso.

## Considerações finais

Levando em consideração o atual cenário de medicamentalização da vida, e o uso em excesso e banalização do uso de drogas psicotrópicas, a população na faixa etária idosa vem se tornando usuária desses fármacos, onde

evidenciou-se o maior uso de antidepressivos e ansiolíticos. Além do mais, é preciso aprimorar mais os estudos entre a associação da ansiedade com os idosos, bem como estudos de como os psicofármacos respondem no organismo do idoso e em resposta de interação medicamentosa com outra droga, visto que há a existencia maior de estudos de idosos com depressão, devendo ser pelo fato da solidão que muitos destacam.

Evidencia-se assim, a necessidade de uma melhor compreensão dessa prática medicamentosa em senis, para um melhor preparo dos profissionais de saúde que vão lidar com esse tipo de transtorno em idosos, sendo, na maioria das vezes, um paciente polimedicado e de difícil prescrição segura de medicamentos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABI-ACKEL, M. M.; LIMA-COSTA, M. F.; CASTRO-COSTA, E.; FILHO, A. I. L. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 57-59, 2017.

AIZENBERG, D.; WEIZMAN, A.; WEISS, A.; AKOPIAN, M.; AMITAI, M.; BELOOSESKY, Y. The Association in Elderly Hospitalized Patients, Between Psychotropic Drugs and Hip Fractures Resulting from Falls. **Experimental Aging Research**, v. 41, p. 546-555, 2015.

ALDUHISHY, M. The overprescription of antidepressants and its impact on the elderly in Australia. **Trends Psychiatry Psychother**, v. 40, n. 3, p. 241-243, 2018.

AMARAL, A. S.; AFONSO, R. S.; VERDE, I. Sintomatologia psicopatológica em idosos institucionalizados. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 21, n. 1, p. 137-143, 2020.

ASSATO, C. P.; BORJA-OLIVEIRA, C. R. Psicofármacos potencialmente inapropriados para idosos. **Estud. interdiscipl. Envelhec.**, v. 20, n. 3, p. 687-701, 2015.

CARVALHO, I. L. M.; LÔBO, A. P. A.; AGUIAR, C. A. A.; CAMPOS, A. R. A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 20, n. 1, p. 134-142, 2017.

COSTA, M. K. D. O raciocínio psicofarmacológico na prática psiquiátrica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund**, v. 3, p. 504-516, 2007.

DIAS, N. S.; BARBOSA, I. G.; KUANG, W.; TEIXEIRA, A. Depressive disorders in the elderly and dementia. **Dement Neuropsychol**, v. 14, n. 1, p. 1-6, 2020.

FIGUEIREDO, J. H.; OLIVEIRA, G. M.; PEREIRA, B. B.; FIGUEIREDO, A. E. B.; Efeito Sinérgico da Gravidade da Doença, de Sintomas de Ansiedade

e da Idade Avançada sobre a Qualidade de Vida de Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. **Arq Bras Cardiol**, v. 114, n. 1, p. 25-32, 2020.
FONTES, A. P.; NERI, A. L. Estratégias de enfrentamento como indicadores de resiliência em idosos: um estudo metodológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1265-1276, 2019.

GONÇALVES, D.; AFONSO, R.; DIAS, I.; LOPES, T.; PEREIRA, H.; ESGALHADO, M.; MONTEIRO, S.; LOUREIRO, M. Sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiógena em pessoas idosas. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 21, n. 1, p. 131-136, 2020.

GUIMARÃES, L. A.; BRITO, T. A.; PITHON, K. R.; JESUS, C. S.; SOUTO, C. S.; SOUZA, S. J. N.; SANTOS, T. S. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3275-3282, 2019.

HUANG, Y. C.; WANG, L. J.; CHONG, M. Y. Differences in prescribing psychotropic drugs for elderly with depression. **Acta Neuropsychiatrica**, p. 1-8, 2016.

JOHNELL, K.; BERGMAN, G. J.; FASTBOM, J.; DANIELSSON, B.; BORG, N.; SALMI, P. Psychotropic drugs and the risk of fall injuries, hospitalisations and mortality among older adults. **Int J Geriatr Psychiatry**, p. 1-7, 2016.

KOSE, E.; HIRAI, T.; SEKI, T. Psychotropic drug use and cognitive rehabilitation practice for elderly patients. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 10, p. 1-8, 2018.

LESZEK, S.; JADWIGA, J. O.; AGNIESZKA, B. S. Polypharmacy as a risk factor for depressive symptoms in geriatric patients: an observational, cross-sectional study. **Ars Pharm**, v. 57, n. 3, p. 127-135, 2016.

OLIVEIRA, D. V.; PIVETTA, N. R. S.; OLIVEIRA, G. V. N.; SILVA, D. A.; JÚNIOR, J. R. A. N.; CAVAGLIERI, C. R. Factors influencing depression markers in elderly primary healthcare center patients in Maringá, Paraná, Brazil, 2017. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 28, n. 3, p. 1-10, 2019.

PETIT-MONÉGER, A.; JOUHET, V.; THIESSARD, F.; BERDAI, D. Appropriateness of psychotropic drug prescriptions in the elderly: structuring tools based on data extracted from the hospital information system to understand physician practices. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 272, p. 1-11, 2019. PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Use of psychotropic medications in adults and elderly living in Campinas, São Paulo, Brazil: cross-sectional population-based study. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, n. 4, p. 747-758, 2017.

SANTOS, A. J.; NUNES, B.; KISLAYA, I.; GIL, A. P.; RIBEIRO, O. Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. **Análise Psicológica**, v. 3, p. 405-415, 2019. SILVA, J. C.; HERZOG, L. M. Psicofármacos e psicoterapia com idosos. **Psicofármacos e psicoterapia com idosos**, v. 27, n. 2, p. 438-448, 2015.

SILVA, P. O.; AGUIAR, B. M.; VIEIRA, M. A.; COSTA, F. M.; CARNEIRO, J. A. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 22, n. 5, p. 1-10, 2019.

SILVA, R. S.; FEDOSSE, E.; PASCOTINI, F. S.; RIEHS, E. B. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup**, v. 27, n. 2, p. 345-356, 2019.

SOUSA, T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. C. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TÉLLEZ-LAPEIRA, J.; HIDALGO, J. L. T.; SOLER, N. G. A.; GÁLVEZ-ALCARAZ, L.; RABADÁN, F. E.; RUIZ, A. G. Prevalence of psychotropic medication use and associated factors in the elderly. **Eur. J. Psychiat**, v. 30, n. 3, p. 183-194, 2016.

WALGERS, J. J.; RUITER, S. C.; GERMANS, T.; KAT, M. G.; RUITER, J. H.; JANSEN, R. W. M. M. Psychiatric symptoms and use of psychotropic medication in elderly fall and syncope patients. **European Geriatric Medicine**, v. 8, p. 1-5, 2017.

# AVALIAÇÃO EM IDOSOS: PERFIS DE MOBILIDADE FUNCIONAL EM INDIVÍDUOS FISICAMENTE ATIVOS DE AMBOS OS SEXOS

José Cristiano Paes Leme da Silva[1]

**Resumo:** Agravos do envelhecimento impactam a estrutura morfofuncional repercutindo na avaliação de desempenho motor. Objetivo: Aplicar teste de mobilidade funcional (TMF) para risco de queda (RQ), fragilidade e déficit funcional, Comparar diferença entre médias do estudo e de referência (p<0,05). Amostra: participantes (n = 2262) mulheres (1790) e homens (472). Idade entre 60 a 95 anos (69,2 mulheres e 71,2 homens), em programa oferecido pela prefeitura municipal de Volta Redonda/RJ. Resultados: - As médias obtidas (mulheres - 9.78 segs. - P<0.000), (homens- 9.72 segs. - P <0.009) superam a média de referência (10,0 segs.) no TMF em 77.1 % entre mulheres e 76.3 % homens. - O agrupamento de idosos em intervalos etários de: 60-69, 70-79 e 80 e acima identificou que, as médias de desempenho no TMF foram 9.22, 10.29 e 11.58 segundos/mulheres e 8.86, 10.08 e 11.48 segundos/homens, sugerindo redução de desempenho com avanço da idade cronológica. Conclusão: 1 - Há associação entre estilo de vida ativo e melhor desempenho no TMF. 2 - Há casos merecedores de revisão na medida em que, mesmo na condição de grupo fisicamente ativo, foram encontrados dados conflitantes às evidências que respaldam a associação aqui descrita. 3 - Recomenda-se necessidade de supervisão de equipe multi profissional na organização dos programas de AEF.

**Palavras-chave:** Avaliação, Desempenho, Envelhecimento.

1 Mestre. Curso de Educação Física - UNIFOA – Volta Redonda - RJ, cristiano1964@gmail.com

## Introdução

Risco de incapacidades (SILVA et al., 2019) e comprometimento das funções orgânicas (THOMAS et al., 2019; MANZINI; VALE, 2020) impactam negativamente a autonomia funcional (VELDSMAN et al., 2019; MORAES-SILVA et al., 2019) em pessoas idosas, sobretudo quando associadas com tabagismo, baixa escolaridade, consumo de álcool e exposição à poluição do ar (SILVA; SUEMOTO; GOUVEIA, 2019) além do sedentarismo, sobre o qual há robusto conjunto de evidências epidemiológicas e econômicas de sua gravidade no contexto da saúde pública (FERREIRA et al., 2019). Tal condição constitui risco à chamada *condição crônica*, expressão que designa acometimento de doenças e/ou limitações que requerem atenção médica continuada por um ano ou mais (ONEN; ONEN, 2018) tais como: diabetes, doença cardiovascular, hipertensão, câncer e doenças respiratórias (LUKASSEN et al., 2020).

Além disso, maior RQ e fraturas, (ZHU et al., 2019) sempre associadas à perda de massa muscular e de força agravando o estado de fragilidade (VAN NIEUWPOORT et al., 2018) e os transtornos do sono fecham um ciclo que prejudica sobremaneira a capacidade produtiva e qualidade de vida (PEREIRA; GONZAGA; LYRA, 2019)TAVARES et al., 2019; STANESCU et al., 2019) com consequente prejuízo no desempenho e na participação nas chamadas atividades básicas, instrumentais e avançadas da vida diária (ROBINSON; SHAMAY, 2018; BALTER et al., 2019; ALORAINI et al., 2019).

Igualmente prejudicial é o processo de transição epidemiológica e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) derivadas, comuns entre idosos, redução das doenças infectocontagiosas com significativa alteração da morbimortalidade no Brasil (BITTAR; LIMA, 2016). Em alguma medida, essa transição pode ser relacionada a um debate crescente que investe na investigação de variáveis como etnia, cor da pele e raça no contexto da dimensão étnico-racial no escopo dos processos de saúde-doença, a partir da busca por identificarem-se nas ascendências ameríndias, europeias e africanas influências ou resultados na saúde dos brasileiros (PEREIRA et al., 2019). Exemplo da relevância do processo de envelhecimento na sociedade brasileira é expressa em ações governamentais como: "Política Nacional do Idoso (PNI), estatuto do idoso, política nacional de atenção Básica (Pnab) e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPI) (...) Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos" (BITTAR; LIMA, 2016, p. 171).

Na literatura especializada há associação entre efeitos positivos da atividade física e do exercício físico para a saúde da população especialmente nos grupos ativos, comparado a seus pares sedentários. Tal associação leva em conta o movimento humano como eixo central de abordagem por isso importa diferenciar atividade física é: "Qualquer movimento corporal que promova gasto de energia acima dos níveis de repouso" (OLIVEIRA, 2017, p. 20), e o termo exercício: "(...) a repetição sistemática de sequências de movimentos objetivos, com o intuito de melhorar o desempenho" (WEINECK, 2005, p. 4), logo, no contexto deste trabalho e, para efeito de adequação na abordagem aqui proposta, optamos por fazer referência a conjugação dessas duas definições do seguinte modo (AEF).

O programas de AEF podem constituir excelente coadjuvante não-farmacológico em simultâneo com outras ações preventivas frente aos impactos e limitações derivadas do processo de envelhecimento na vida humana, sendo alguns exemplos: 1 - O fato de que o processo de envelhecimento pode ser retardado, no mínimo em dez (10) anos, a partir da adoção de um estilo de vida que inclua prática regular de atividade física (ARANTES, 2017), 2 - A identificação de perfis considerados saudáveis em termos de práticas adotadas no cotidiano, mostrando níveis adequados de consumo de peixe, frutas, carne, baixa ingestão de refrigerantes e prática de atividade física em momentos de lazer (PEREIRA; GONZAGA; LYRA, 2019), 3

O efeito da atividade física regular em reduzir a ocorrência de quedas e fraturas decorrentes, principalmente em práticas com ênfase em melhor equilíbrio e maior nível de aptidão funcional (SHERRINGTON et al., 2019) e 4 - A comprovação dos efeitos neuroprotetor e neurogênico derivados de atividade física semanal, sobre estruturas e funções do sistema nervoso central e periférico (SCIANNI et al., 2019). Tais aspectos justificam a organização de ações promotoras de alterações para um estilo de vida mais saudável (SANTOS et al., 2020 ;LEHALLIER et al., 2019) o que iclui envolvimento de idosos em programas de AEF com regularidade semanal e devida supervisão profissional (SCIANNI et al., 2019; LINS FILHO et al., 2019).

No município de Volta Redonda, interior do Estado do Rio de Janeiro com população estimada em 273.012 pessoas (IBGE, 2019), a Secretaria Municipal de Esporte e Laser (SMEL) realiza ações em termos de políticas públicas com foco em melhorar a qualidade de vida da população, em seus diversos níveis e faixas etárias, através de projetos voltados para a iniciação

esportiva, buscando contemplar inclusão social, gestão operacional dos diversos equipamentos e recursos esportivos do município.

Dentre as propostas realizadas, há o projeto VR em Movimento, doravante identificado pela sigla (VReM), com foco específico para atendimento de contingente superior a sete mil (7000) idosos de ambos os sexos. São oferecidas no VReM atividades relacionadas à: ginástica, caminhada, musculação, lazer, jogos da melhor idade, dança e hidroginástica dentre outras possibilidades. As atividades são realizadas em quadras e ginásios poliesportivos, no parque aquático municipal, na academia da terceira idade anexa ao Estádio Municipal e na Arena de Atletismo, todas instalações administradas pelo governo municipal (PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA, 2019).

A frequência de realização das aulas sessões é de no mínimo duas sessões/aulas semanais, não tendo sido comprovadas frequências com mais de quatro sessões/aulas por semana. A exceção ficou por conta dos idosos que frequentaram aulas de ginástica em algum ginásio e também, em outros dois dias semanais, participavam de aulas de musculação ou hidroginástica também em duas sessões. Infelizmente não foi possível monitorar essa informação.

Volta Redonda/RJ é sede da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), lá instalada desde o início da década de 1940, onde todos os participantes do VReM, são em diferentes graus, ligados a essa empresa seja pela condição de cônjuge de algum funcionário(a) da CSN ou por ele (a) próprio ou alguns de seus familiares tê-lo sido em anos anteriores, desde a instalação de um exército de trabalhadores que migraram para a cidade, por conta deste grande empreendimento no cenário da siderurgia nacional (MOREIRA, 2017). Uma vez que, a expressiva maioria dos participantes do VReM ter tido, e ainda ter alguma relação com a CSN, expressa em vínculo familiar com algum funcionário, permite considerar que a atividade siderúrgica realizada em grande escala na cidade, poderia impactar direta ou indiretamente na vida dessas pessoas. Daí ser oportuna a consideração de que toda ação com envolvimento de grande parcela da população local, seja merecedora da atenção do ponto de vista do expossoma, definido como a: "(...) medida cumulativa de influências ambientais e respostas biológicas associadas, incluindo exposições de ambiente, dieta, comportamento e processos endógenos ao longo da vida" (OLYMPIO et al., 2019, p. 3).

A constatação de o expossoma ser baseado em três domínios estruturados em fatores internos (genoma humano, morfologia corporal, idade e fisiologia)

e externos (local de residência, fatores sociodemográficos e condição socioeconômica) e os considerados fatores externos mais específicos (exposição ocupacional e ambiental, estilo de vida e dieta) possibilita a percepção de sua complexidade e relevância em termos de possibilidades no contexto da investigação científica (OLYMPIO et al., 2019). Dado o caráter invasivo de algumas ações metodológicas associado ao processo de avaliação do exposoma tal como no exemplo da coleta de sangue e /ou saliva, além de elevados custos associados, ganham espaço as propostas com opções metodológicas menos invasivas e de baixo custo.

A opção por ações preventivas em relação à boa saúde assume, portanto, dimensões maiores em função da relação com diversos aspectos da existência humana. Na medida em que, para se atingir um estado de completo bem estar nas dimensões social, física e mental, espera-se que pessoas e/ou grupos devam: "(...) saber e estar aptos a identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e modificar ou adaptar-se ao meio ambiente" (FIGUEIREDO et al., 2016a, p. 26). Essa referida diversidade de aspectos, importa apresentar o conceito de *One Health* (Uma Saúde) o qual, caracteriza um esforço de colaboração mútua entre várias profissões na área das ciências da saúde, e respectivas disciplinas relacionadas e instituições que, trabalhos em âmbito local, nacional e global, buscam avançar no sentido de obter realizações concretas em termos de melhor saúde para pessoas, animais selvagens e domésticos, plantas e nosso meio ambiente.[....]. A relevância do *One Health* se dá na medida de seu potencial já ter despertado interesse de estudiosos de humanidades, cientistas sociais e analistas de políticas de saúde focados na contribuição para avanços em termos de identificação da melhor resposta para, por exemplo, o cenário das importantes doenças virais que atormentaram o mundo no início do século XXI (GIBBS, 2014). Além disso sua propriedade para dialogar com os objetivos do desenvolvimento sustentável, cuja relevância possibilita a perspectiva de novos horizontes em termos de tratamento inter e multidisciplinar em questões centrais para a vida humana como a saúde, sobretudo, quando se comprovam que dentre esses objetivos tem-se: acesso à educação, igualdade de gênero e a erradicação da fome e da pobreza (QUEENAN, 2017).

Em sintonia com tendências contemporâneas no tocante à valorização da qualidade ambiental e saúde para todos, articulada ao contexto desse estudo e ao fenômeno de pessoas se reunindo para prática de atividade física, optou-se por apresentar o conceito de ambiente saudável que é: "(...) o lugar ou o contexto social no qual as pessoas interagem em atividades diárias, e onde o

fator ambiente, organizacional e pessoal afeta a saúde e o bem estar de todos" (ANDRADE; BOLELA, 2016, p. 260) o que reforça a perspectiva de totalidade em termos do tratamento de questões relevantes como a saúde humana nos contextos local e global, de modo que um bom exemplo é a percepção de alguns determinantes da saúde tais como: O ambiente, o estilo de vida e a biologia humana (ANDRADE; BOLELA, 2016),

O objetivo geral do estudo foi: Aplicar um processo de avaliação funcional em idosos fisicamente ativos (IFA) e identificar perfis de desempenho em termos do risco de queda (RQ), fragilidade e déficit funcional. Os objetivos específicos foram: 1 - Aplicar teste de mobilidade funcional (TMF) em IFA de ambos os sexos, 2 – Identificar perfil de desempenho no TMF associado a RQ, fragilidade e déficit funcional entre grupos masculino e feminino e 3 – Comparar diferenças entre médias obtidas e média de referência estabelecida para o TMF ($p < 0,05$).

## Metodologia

Estudo de campo, *design* longitudinal e nível descritivo[2]. Entre agosto de 2017 a novembro de 2019, foram coletados dados de dois mil e duzentos e sessenta e dois (n = 2262) participantes, mulheres (1790) e homens (472), com idade entre 60 a 95 anos (Médias de idade: 69,2 anos entre mulheres e 71,2 anos em homens). Também digno de nota é a absoluta condição de aposentadoria e/ou cônjuge de alguém aposentado dentre os participantes. A pesquisa obteve anuência da SMEL e foi submetida e aprovada (CAAE nº 71901317.8.0000.5237). Na medida em que foram sendo feitos respectivos agendamentos para coleta de dados com a SMEL e com profissionais de Educação Física, gerentes dos locais de realização das aulas, foram encaminhados os termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para que os participantes tomassem conhecimento e optassem participar ou não. A SMEL determina como obrigatório que, todo participante do VReM apresente atestado clínico antes de iniciar sua participação. No momento da aplicação dos testes, todos os participantes afirmaram já serem frequentadores do VReM a pelo menos dois (02) anos. A amostra foi definida a partir do aceite do convite feito aos idosos, em cada uma das unidades nas quais a respectivas aulas

2 A pesquisa não recebeu financiamento externo. O autor/pesquisador realizou o estudo com recursos próprios

do VReM são realizadas. Esses locais referem os onze ginásios poliesportivos, dois pólos (quadras polivalente e cobertas), uma academia de musculação anexa ao Estádio da Cidadania, reconhecido palco de jogos da divisão de futebol profissional e uma Arena de Atletismo distribuídos em bairros na cidade gerenciados pela SMEL/PMVR. Foram critérios de inclusão: - Idade igual e superior a 60 anos; - Ser oficialmente inscrito no VReM; - Ter assinado o TCLE; - Estar em boas condições de saúde no momento da coleta. E de exclusão: todos os casos/correspondentes opostos ou que não atendessem aos respectivos critérios de inclusão; - Desistência ou outro impedimento por força maior.

A aplicação do teste de mobilidade funcional (TMF) está baseada no impacto negativo que o avanço da idade cronológica impõe na função cardiorrespiratória e na força muscular, manifestas em menor velocidade de caminhada, menor comprimento da passada e deterioração no controle de equilíbrio, repercutindo em alterações (multiarticular e neuromuscular) de ajustes compensatórios da cinemática e cinética corporal (CHEN; CHANG; CHENG, 2019). O TMF permite avaliar a velocidade normal da marcha, (ABE et al., 2019), identificar déficits funcionais, predição do RQ e estágios de fragilidade (TEIXEIRA, 2018) diretamente associados à incapacidade em idosos. Outra ação comum durante a aplicação do TMF é o ato de virar-se, o qual denota habilidade motora fundamental da mobilidade sendo essencial na execução de muitas atividades da vida diária e na participação em programas de atividade física (ROBINSON; SHAMAY, 2018).

O TMF apresenta os seguintes pontos de corte: 'Sem risco' para o desempenho < ou = 10 segundos; 'Frágeis e com risco' para desempenho entre 11 a 20 segundos e 'Déficit na mobilidade e grande risco' para desempenho > 20 segundos (TEIXEIRA, 2018, p. 166).

No TMF, após explicação detalhada e demonstração feita pelo professor, autor da pesquisa, e/ou estudante voluntários do Curso de Educação Física do Centro Universitário de Volta Redonda – UNIFOA, o idoso(a) mantendo-se na posição sentada em uma cadeira, com ambas as mãos sobre as coxas, o professor determina verbalmente o comando "já", então o idoso(a) se levanta, caminha em linha reta até um cone pequeno e colorido (azul ou amarelo), localizado sobre o solo a 3 metros de distância da cadeira, contorna o cone retorna caminhando e senta-se novamente na mesma posição. O resultado é o registro do tempo gasto em segundos para um tentativa (TEIXEIRA, 2018).

ISBN 978-65-86901-26-9

Como limitações do estudo registramos: 1 - Os dados obtidos podem ter sofrido influência do tempo de participação no VReM, mostrando idosos com diferentes períodos de experiência/participação; 2 - Não foi aplicado instrumento para diagnosticar RQ, informações sobre percepção subjetiva da qualidade ou transtornos do sono ou índice de massa corporal em período anterior ao momento da avaliação; 3 - Variações na logística possível e disponível no momento da coleta (ex. Chuva excessiva ou necessidade de o idoso (a) evadir-se da avaliação por algum compromisso; Disponibilidade de horário/agenda dos participantes); 4 – Elevada quantidade de participantes em alguns locais de avaliação o que provocou desistência em alguns idosos (as).

Em cada um dos grupos (masculino e feminino), foi aplicado o teste 't' de *student* para uma amostra independente (BARROS; REIS, 2003) para identificar diferença entre a média de desempenho da amostra e a média de referência para o TMF estabelecida como ideal, representando a condição 'Sem risco' (TEIXEIRA, 2018) para ambos os sexos. Tal procedimento visa investigar as hipóteses de haver (H1) diferença significativa entre as médias de cada grupo e a média de referência adotada para $p < 0,05$ e da inexistência dessa diferença (H0). Para isso utilizou-se o pacote estatístico IBM SPSS 22,0.

Importa registrar que, na condição docente na disciplina Cineantropometria e Avaliação Funcional, a condução de ações de Extensão e Pesquisa no laboratório da referida disciplina, incluída na dinâmica curricular do curso de Educação Física do Centro Universitário de Volta Redonda (UNIFOA), optamos por organizar o projeto de Extensão[3] 'Avaliação Funcional em Idosos fisicamente ativos', do qual são derivados os dados do presente trabalho de investigação. Tal ação possibilitou envolvimento de discentes interessados em participar voluntariamente das ações extra muros, vinculadas à referida disciplina e projeto, para possível uso de alguns dados em seus respectivos trabalhos de conclusão de curso, face a aplicação de outros testes no projeto de base, como avaliação da força de membros superiores em homens e de força de membros inferiores em mulheres.

3 Projeto de Extensão realizado com financiamento próprio. Não recebeu recurso de nenhuma instituição

## Resultados e discussão

No TMF, em relação ao tempo gasto para realização do teste, foram obtidos valores mínimo e máximo para mulheres de 5.33 e 29.45 segundos (amplitude: 15,93) e de 5.45 e 21.38 segundos (amplitude: 24.12) para homens. A distribuição dos intervalos de faixa etária entre mulheres foi: 56.8 % até 69 anos, 35.5 % até 79, 7.4 % até 89 e 0.3 % até 95 anos. Nos mesmos intervalos etários e, entre os homens a distribuição foi respectivamente: 44.7 %, 42.2 %, 12.7 %, e 0.4 %. Em relação à velocidade de deslocamento, os dados obtidos foram mínimos de 0.20 m/seg e 0.28 m/seg para mulheres e homens respectivamente. E valores máximos foram 1.13 m/seg e 1.10 metros m/seg. A média obtida por ambos os grupos foi 0.64 m/seg.

Muitos participantes entenderam que seria necessário executar o teste em máxima velocidade tal como em testes tradicionais para avaliação da velocidade da marcha (PEREZ, 2018). Nos casos em que tal atitude foi observada, o teste foi invalidado, tendo sido solicitado ao participante executar nova tentativa mantendo sua velocidade normal de caminhada. Nesse trabalho o TMF avaliou a velocidade normal da marcha, RQ, fragilidade e déficit funcional.

Foi calculada a correlação de Pearson entre as variáveis idade e velocidade para percorrer 6 metros, entre desempenho (tempo gasto) no TMF e velocidade, e entre as variáveis idade e desempenho no TMF. Os dados mostraram baixas correlações entre as variáveis idade e velocidade para percorrer 6 metros (- 0.36 mulheres e – 0.41 homens) e, também baixas, entre idade e desempenho no TMF (0.35 mulheres e 0.41 homens), corroborando relatos sobre a relação entre maior idade cronológica e redução de alguns atributos morfofuncionais como flexibilidade e força (ARANTES, 2017). Também associado a esse declínio é o fato de um indicador geral do potencial de resistência, caso do consumo máximo de oxigênio, apresentar declínio, após atingir seu pico na teceria década de vida (WEINECK, 2005). Reforça esses estudos o perfil de dados obtidos na análise da média obtida no TMF por intervalo etário dos participantes, os quais foram assim distribuídos: 60-69, 70-79 e 80 e acima. Nesses intervalos a média obtida foi de 9.22, 10.29 e 11.58 segundos respectivamente para mulheres. Entre os homens e, nas mesmas condições de distribuição, as médias foram 8.86, 10.08 e 11.48 segundos, mostrando clara tendência de redução da qualidade de desempenho em função do avanço da idade cronológica, fato que chama atenção por se tratar de um grupo fisicamente ativo.

ISBN 978-65-86901-26-9

Também relacionado a esse perfil de baixa correlação foi a classificação obtida no TFM, na qual os participantes foram assim distribuídos: 22.6 % das mulheres e 23.5 % entre os homens 'Frágeis e com risco' para desempenho entre 11 a 20 segundos. E 0.3 % das mulheres e 0.2 % entre os homens 'Déficit na mobilidade e grande RQ' para desempenho > 20 segundos, tal como foi comprovado no perfil preocupante de desempenho de alguns participantes com desempenhos de 29.45 segundos entre mulheres e de 21.38 segundos entre homens, o que é preocupante para o caso de pessoas fisicamente ativas.

Por outro lado, foi elevada a correlação entre desempenho no TMF e velocidade (- 0.93 mulheres e – 0.94 homens) mostrando serem positivas, nesse grupo e nessas variáveis, as relações descritas na literatura sobre benefícios derivados da prática regular de AEF, o que é corroborado na obtenção dos resultados para a classificação obtida no TMF. Os grupos feminino e masculino foram assim distribuídos: 77.1 % das mulheres e 76.3 % entre os homens 'Sem RQ' para o desempenho < ou = a 10 segundos. Esse perfil de resultado corrobora a importância da adoção de estilo de vida mais ativo, o que pode ser assim exemplificado: 1 - Melhor perfusão cerebral, derivada da prática de AEF, com favorecimento da síntese de fatores neurotróficos com efeitos na melhor atividade e plasticidade neuronal, bem como na manutenção da estrutura sináptica, refletindo no menor tempo de reação observado em idosos fisicamente ativos comparados aos seus pares sedentários e de mesma faixa etária e sexo, 2 - Melhor capacidade de focar atenção, reduções na ansiedade e depressão, produzidos pela propriedade da atividade física em modificar substâncias químicas relacionadas ao estado de ânimo e transmissão neural (AZEVEDO et al., 2010), 3 - Também corroboram essa informação os dados sobre o comprometimento cognitivo tardio, demência e agravos sociais e econômicos cada vez mais negativos sobre a saúde humana, os quais foram alvos de investigação epidemiológica, revelando significativa influência de diversos fatores do estilo de vida como: educação, grau de complexidade ocupacional e atividade física no desempenho cognitivo, com destaque para o potencial efeito facilitador da atividade física nos processos relacionados à neuroplasticidade (NILSSON et al., 2020), 4 - Comprovação do papel da atividade física em retardar o declínio da função do hipocampo relacionado à idade e à Doença de Alzheimer (BERCHTOLD et al., 2019) e 5 - A comprovação de que atividade física promove melhor flexibilidade, aumento da força e resistência muscular, melhor composição corporal, melhor desempenho motor e

independência funcional, reforça sua aplicabilidade em idosos (RIBEIRO et al., 2018).

A qualidade do desempenho motor está associada à aptidão física que representa a capacidade individual de cumprir, com máximo de eficiência e mínimo de esforço, ações motoras, sejam para manter ou melhorar o estado de saúde ou para melhorar desempenho esportivo de modo que, o conceito de aptidão física relacionado à saúde mantem relações com adaptações nas dimensões comportamental, funcional-motora, morfológica e fisiológica (OLIVEIRA, 2017), com destaque para o fato de que, a submissão a diferentes estímulos tende a promover ajustes orgânicos chamados agudos ou imediatos, e as chamadas adaptações crônicas derivadas da exposição prolongada a tais estímulos, induzindo adaptações positivas no metalismo energético (OLIVEIRA; TOGASHI, 2017).

A comparação feita entre a média ideal para o TMF (10,0 segs.) a média obtida nesse estudo para mulheres (média = 9.78 segs. - P<0.000) e para homens (média = 9.72 segs. - P <0.009) revelou diferença significativa (p < 0.05) com superioridade dos dados de nosso estudo, o que pode ser explicado em parte pela: - Predominância de participantes na sexta década de vida, entre os grupos feminino (56.8%) e masculino (44.7%) em comparação aos participantes no outro extremo intervalo etário com subgrupos acima da oitava e nona década com respectivamente 7.7% para mulheres e 13.1 % para homens, – Pelos dados obtidos para velocidade normal de deslocamento aqui avaliada, com os menores resultados entre 5.33 e 5.45 segundos na execução do TMF, respectivamente para mulheres e homens, e – Pelo fato de que, mais de 70 % em ambos os grupos obtiveram a excelente classificação 'Sem risco' no TMF de modo que essa parcela específica dos participantes corrobora relatos de estudos que associam o envolvimento semanal em programas de AEF a menor RQ e fraturas (SHERRINGTON et al., 2019) e que a comprovada associação do envelhecimento com imunosenescência está mais evidente em idosos sedentários, e que há forte associação entre melhor perfil do sistema imunológico em idosos com reconhecido estilo de vida "saudável" no qual são presentes bons hábitos nutricionais, não fumar, boa condição genética, bem-estar psicológico e status socioeconômico (GLEESON; BISHOP; WALSH, 2013).

Neste cenário coexistem aspectos de vários campos do saber, perspectivando o envelhecer no percurso da vida, possibilitando parcerias entre profissionais da Educação Física e seus pares do campo da Saúde, além de outros da Administração e Gestão pública, Economia, e Direito dentre outros,

importando destacar que interdisciplinaridade caracteriza-se por: "(...) um processo de diálogo entre disciplinas firmemente estabelecidas em sua identidade teórica e metodológica, e nos limites epistemológicos que definem o caráter parcial de recorte da realidade sobre a qual operam" (FIGUEIREDO et al., 2016b, p. 353), desse modo em sintonia com os também diversos aspectos que ao longo da vida, definem parâmetros de como será o processo de envelhecimento na vida humana.

## Considerações finais

A ubiquidade do envelhecimento visto como processo de escala mundial, está dada em diferentes contextos e nações sempre determinados por condições locais manifestas nas diferentes relações, etnias, culturas, padrões, demandas e prioridades dentre outros aspectos possíveis.

Na ação de avaliar desempenho motor associado à aptidão física, nossa proposta identifica, em idosos de ambos os sexos e fisicamente ativos, um conjunto de dados representado em diferentes níveis de qualidade desse desempenho. O reforço da literatura especializada, quando associa estilo de vida fisicamente ativo através da participação em programas de AEF ao melhor estado de saúde, parece estar tradicional e claramente dependente de outros aspectos da vida humana como renda, qualidade do sono, dieta, escoalrida apenas para citar alguns.

Nossos dados dialogam com os comprovados agravos derivados do sedentarismo na vida humana, especialmente em idosos cujo processo de envelhecimento está associado a comorbidades adquiridas ao longo da existência, emergindo aqui um interdito, qual seja a gravidade de desconsiderar o contexto social, político e econômico, na e da, realidade brasileira que avança entre demanda(s), desigualdade(s) e vulnerabilidade(s) social de um segmento expressivo da população nacional como idosos de ambos os sexos.

Foram encontrados sim excelentes resultados em mais de 70% nos grupos feminino e masculino, contra uma parcela com resultados considerados medianos, porém não drasticamente graves como o foram para uma reduzida parcela de participantes (0.3 % das mulheres e 0.2 % entre os homens). A boa notícia é o fato de nosso estudo corroborar a relação de boa associação entre, prática regular de AEF, bons desempenho motor e aptidão física e respectivos benefícios metabólicos, bioquímicos, fisiológicos e neuromotores nesse grupo de idosos que obtiveram bons resultados. Para esse grupo, a ação do

governo local tem assegurado prerrogativas decorrentes de sua participação no VReM, devendo ser destacada a ação de profissionais de Educação Física no projeto VReM na organização e administração das aulas/sessões de treino. Percebeu-se também uma profunda e nítida ligação afetiva dos idosos(as), na relação com esses profissionais sob pena de haver rejeição quando da eventual necessidade de remanejamento desse profissional. Sob esse aspecto a SMEL-PMVR demonstra domínio e excelente grau de qualidade administrativa em atenção aos anseios de seu público alvo.

Nesse sentido apresentamos o cumprimento de nosso objetivo de aplicar a avaliação, via TMF, e identificarem-se perfis de desempenho e seu correspondente grau de classificação. O mesmo perfil de resultados obtivemos em relação aos objetivos específicos. Os resultados são claros na identificação excelente condição para maioria do grupo de participantes no TMF expressos em absolutos 1380 e 360 respectivamente mulheres e homens avaliados, potencializando o valor do VReM para a população. Entretanto, para os que obtiveram desempenho crítico há sim, recomendação para revisão de cada caso com vistas a identificar causas explicativas do comprometimento de seu desempenho.

Emerge dessa situação, o fato de a participação em programas de AEF ser uma parte, mas não a totalidade exclusiva da vida dos participantes. Há nesse cenário possibilidade de se verificarem em que medida, a realização desses programas investir numa visão de desenvolver um trabalho de capacitar pessoas para escolhas mais sintonizadas a suas reais prioridades de modo que, tais ações governamentais superem o modelo de construção de ações reducionistas em termos de domesticação e padronização de comportamentos, em descompasso com a comprovada heterogeneidade humana dada sua diversidade biológica em termos desempenho motor, aptidão física, qualidade de vida e saúde.

A identificação de comprometimentos ou deficiências no desempenho de participantes em programas de AEF, deveria nortear a tomada de decisões no contexto da aplicação da avaliação física, oficialmente inserida no contexto curricular da formação profissional em Educação Física nas dimensões da Licenciatura e do Bacharelado.

De nossa parte recomendamos que a aplicação desse tipo de avaliação deva estar a serviço da Saúde e da Educação dos participantes sejam estudantes, clientes de treinamento personalizado, atletas ou alunos (as) nas atividades oferecidas em academias, clubes e similares, e claro, também idosos

frequentadores de programas organizados pelo poder público, o que determina atendimento de todos os setores, ou sua maior parte da pirâmide demográfica (todas idade e ambos os sexos!).

Não advogamos minimizar a grandeza e complexidade dessa tarefa, dadas as proporções de nosso país, num momento atual de enfrentamento de uma grave pandemia e consequentes restrições na esfera da administração pública, redefinição de prioridades, rumos e expectativas. No que compete à formação e intervenção profissional em Educação Física é sim possível reverem-se encaminhamentos, estruturas, demandas e diagnósticos da realidade para tomada de decisões sintonizadas com a pertinência da necessidade da pessoa com a qual trabalhamos, do momento que vivemos com idiossincrasias, oportunidades, dificuldades e diversidades.

Uma constatação positiva é a possibilidade de aplicação dos dados e resultados obtidos em avaliações desse tipo, para dialogar com ações preventivas em novos desafios, no contexto da avaliação e prescrição de AEF em idosos. Além de constituir ferramenta e objeto de monitoramento de variáveis morfofuncionais, os dados de uma avaliação, seja antropométrica (estatura, massa corporal) ou em testes de desempenho motor (força, velocidade, equilíbrio) configuram um tipo de fotografia matemática dessas variáveis, podendo constituir referencial explicativo e norteador a partir de metodologia cientificamente estruturada, porque baseada em dados de um cenário real com vistas a possibilidades de avanços em Saúde e Educação para seres humanos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABE, T. et al. Pathway from gait speed to incidence of disability and mortality in older adults: A mediating role of physical activity. **Maturitas**, v. 123, p. 32–36, maio 2019.

ALORAINI, S. M. et al. Anticipatory postural adjustments during a Fitts' task: Comparing young versus older adults and the effects of different foci of attention. **Human Movement Science**, v. 64, p. 366–377, abr. 2019.

ANDRADE, M. DE; BOLELA, C. A. Ambiente e promoção de saúde. In: FIGUEIREDO, G. L. A.; MARTINS, C. H. G. (Eds.). . **políticas , tecnologias e práticas em promoção da saúde**. Franca -SP: Unifran, 2016. p. 494.

ARANTES, L. M. Treinamento físico aplicado ao envelhecimento. In: OLIVEIRA, D. M. DE; TOGASHI, G. B. (Eds.). . **Treinamento físico para a promoçãoda saúde e condições especiais**. Curitiba PR: Appris, 2017. p. 308.

AZEVEDO, L. F. et al. Envelhecimento e exercício físico. In: NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. (Eds.). . **Cardiologia do exercício do atleta ao cardiopata**. 3. ed. Barueri/SP: Manole, 2010. p. 715.

BALTER, L. J. T. et al. Inflammation Mediates Body Weight and Ageing Effects on Psychomotor Slowing. **Scientific Reports**, v. 9, n. 1, p. 15727, dez. 2019.

BARROS, M. V. G.; REIS, R. S. **Análise de dados em atividade física e saúde: demonstrando a utilização do SPSS**. Londrina: Midiograf, 2003.

BERCHTOLD, N. C. et al. Hippocampal gene expression patterns linked to late-life physical activity oppose age and AD-related transcriptional decline. **Neurobiology of Aging**, v. 78, p. 142–154, jun. 2019.

BITTAR, C. M. L.; LIMA, L. CARVALHO V. DE. Grupos vulneráveis: Idosos. In: FIGUEIREDO, G. L. ALVES; MARTINS, C. H. G. (Eds.). .

**Políticas , tecnologias e práticas em promoção da saúde**. Franca -SP: [s.n.]. p. 494.

CAMERON, L. C.; MACHADO, M. **Tópicos avançados em bioquímica do exercício**. Rio de Janeiro: Shape, 2004.

CHEN, H.-B.; CHANG, L.-W.; CHENG, C.-H. Aging effects on the mechanical energy transfer through the lower extremity joints during the swing phase of level walking. **Scientific Reports**, v. 9, n. 1, p. 9555, dez. 2019.

FERREIRA, R. W. et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, 18 fev. 2019.

FIGUEIREDO, G. L. ALVES et al. Recomendações e intenções das conferências internacionais para pensar a promoção da saúde. In: FIGUEIREDO, G. L. A.; MARTINS, C. H. G. (Eds.). . **Políticas tecnologiaa e práticas em promoção da saúde**. Franca -SP: Unifran, 2016a. p. 494.

FIGUEIREDO, G. L. A. et al. Subsídios para a implementação de ações, políticas e avaliação d estratégias em promoção de saúde. In: **Políticas, tecnologias e práticas em promoção da saúde**. Franca -SP: Unifran, 2016b. p. 494.

GIBBS, E. P. J. The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. **Veterinary Record**, v. 174, n. 4, p. 85–91, 25 jan. 2014.

GLEESON, M.; BISHOP, N.; WALSH, N. (EDS.). **Exercise immunology**. London ; New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2013.

IBGE, I. B. DE GEOGRAFIA E E. **Brasil - Rio de Janeiro - Volta Redonda**IBGE, , 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/volta-redonda/panorama>. Acesso em: 15 jul. 2019

LEHALLIER, B. et al. Undulating changes in human plasma proteome profiles across the lifespan. **Nature Medicine**, v. 25, n. 12, p. 1843–1850, dez. 2019.

LINS FILHO, O. DE L. DE et al. Efeitos do Pilates na qualidade do sono em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 24, p. 1–8, 31 out. 2019.

LUKASSEN, S. et al. SARS -CoV-2 receptor ACE 2 and TMPRSS 2 are primarily expressed in bronchial transient secretory cells. **The EMBO Journal**, v. 39, n. 10, 18 maio 2020.

MANZINI, C. S. S.; VALE, F. A. C. DO. Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 14, n. 1, p. 56– 61, mar. 2020.

MORAES-SILVA, I. C. et al. **Myocardial Infarction and Exercise Training: Evidence from Basic Science**. 2019. Disponível em: <http://www.egrepa.org/2019/06/01/myocardial-infarction-and-exercise-training-evidence-from-basic-science/>. Acesso em: 2 nov. 2019.

MOREIRA, R. DA L. **CSN: uma decisão política**Centro de Pesqusia e Documentação de história contemporânea do Brasil, , 2017. Disponível em: <https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/FatosImagens/CSN>. Acesso em: 10 ago. 2019

NILSSON, J. et al. Acute increases in brain-derived neurotrophic factor in plasma following physical exercise relates to subsequent learning in older adults. **Scientific Reports**, v. 10, n. 1, p. 4395, dez. 2020.

OLIVEIRA, D. M. DE. Conceitos iniciais e a relação do treinamento físico com a saúde humana. In: OLIVEIRA, D. M. DE; TOGASHI, G. B. (Eds.).. **Treinamento físico para a promoção da saúde e condições especiais**. Curitiba/PR: Appris, 2017. p. 308.

OLIVEIRA, D. M. DE; TOGASHI, G. B. (EDS.). **Treinamento físico para a promoção da saúde e condições especiais**. Curitiba: Appris, 2017.

OLYMPIO, K. P. K. et al. The human exposome unraveling the impact of environment on health. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 6, 29 jan. 2019.

ONEN, S.-H.; ONEN, F. Chronic Medical Conditions and Sleep in the Older Adult. **Sleep Medicine Clinics**, v. 13, n. 1, p. 71–79, mar. 2018.

PEREIRA, F. DOS S. C. F. et al. A systematic literature review on the European, African and Amerindian genetic ancestry components on Brazilian health outcomes. **Scientific Reports**, v. 9, n. 1, p. 8874, dez. 2019.

PEREIRA, I. F. DA S.; GONZAGA, M. R.; LYRA, C. DE O. Indicador multidimensional de fatores de risco relacionados ao estilo de vida: aplicação do método Grade of Membership. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 6, p. e00124718, 2019.

PEREZ, A. J. **Treinamento corporal humano - fundamentos para a prática de exercícios e de esportes**. Curitiba/PR: Appris, 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA, P. **SMEL - SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER**SMEL PMVR, , 2019. Disponível em: <https://new.voltaredonda.rj.gov.br/8-interno/64-s-mel>. Acesso em: 16 jul. 2019

QUEENAN, K. Roadmap to a One Health agenda 2030. **CAB Reviews: Perspectives in Agriculture, Veterinary Science, Nutrition and Natural Resources**, v. 12, n. 014, 1 maio 2017.

RIBEIRO, L. DOS S. et al. O processo de envelhecimento e o equilíbrio: a contribuição do exercício físico na promoção da saúde e idosos. In: **Atividade fisica, Saúde e Qualidade de Vida - experiências e relatos**. Jundiaí/SP: Paco editorial, 2018. p. 43–52.

ROBINSON, R. L.; SHAMAY, S. S. M. The Timed 180° Turn Test for Assessing People with Hemiplegia from Chronic Stroke. **BioMed Research International**, v. 2018, p. 1–8, 2018.

SANTOS, A. N. M. DOS et al. Cardiometabolic diseases and active aging - polypharmacy in control. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 2, p. e20180324, 2020.

SCIANNI, A. A. et al. Efeitos do exercício físico no sistema nervoso do indivíduo idoso e suas consequências funcionais. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 1, p. 81–95, jan. 2019.

SHERRINGTON, C. et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 1, p. CD012424, 2019.

SILVA, D. R. R.; SUEMOTO, C. K.; GOUVEIA, N. Poluentes do ar como fator de risco para o desempenho cognitivo e demência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 8, p. e00085919, 2019.

SILVA, S. L. A. DA et al. Efeito da idade, período e coorte de nascimento na incapacidade de idosos residentes na comunidade: Coorte de Idosos de Bambuí (1997-2012). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 9, p. e00156018, 2019.

STANESCU, S. et al. A systematic review of psychological, physical health factors, and quality of life in adult asthma. **npj Primary Care Respiratory Medicine**, v. 29, n. 1, p. 37, dez. 2019.

TAVARES, D. M. DOS S. et al. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3305–3313, set. 2019.

TEIXEIRA, D. DE C. Avaliação de desempenho em idosos. In: BÖHME, M. T. S. (Ed.). **Avaliação do desempenho em educação física e esporte**. Barueri/SP: Manole, 2018. p. 368.

THOMAS, E. et al. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. **Medicine**, v. 98, n. 27, p. e16218, jul. 2019.

VAN NIEUWPOORT, I. C. et al. The relationship between serum IGF-1, handgrip strength, physical performance and falls in elderly men and women. **European Journal of Endocrinology**, v. 179, n. 2, p. 73–84, ago. 2018.

VELDSMAN, M. et al. **Physical Activity After Stroke Is Associated With Increased Interhemispheric Connectivity of the Dorsal Attention Network.** 2019. Disponível em: <http://www.egrepa.org/2019/05/06/physical-activity-after-stroke-is-associated-with-increased-interhemispheric-connectivity-of-the-dorsal-attention-network/>. Acesso em: 2 nov. 2019.

WEINECK, J. **Biologia do esporte**. Tradução: Luciano Prado. Barueri/SP: Manole, 2005.

ZHU, Y. et al. Epidemiology of low-energy lower extremity fracture in Chinese populations aged 50 years and above. **PLOS ONE,** v. 14, n. 1, p. e0209203, 14 jan. 2019.

# FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A COVID-19 EM IDOSOS BRASILEIROS

Mayara Priscilla Dantas Araújo[1]
Thaiza Teixeira Xavier Nobre[2]

**Resumo:** A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus que, em pouco tempo, passou de um surto local para uma pandemia, tem como principais fatores de risco a idade avança e a presença de comorbidade, sendo as mais frequentes em pacientes idosos infectados a diabetes e hipertensão. Dessa forma, o presente estudo buscou descrever as prevalências dos fatores de risco para COVID-19 a partir de dados do Vigitel 2019 para a população de idosos das capitais do Brasil. O Vigitel (Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas) é um estudo transversal de base populacional que descreve informações sobre indicadores relacionados a doenças crônicas não transmissíveis. Para esse estudo foram utilizados os dados referentes a idosos (≥65 anos), Índice de Massa Corporal (IMC), presença de hipertensão arterial e diabetes. Foram coletados dados de 52.443 adultos, dos quais 33,5% (n=17.583) eram idosos. Dos idosos, 59,8% apresentaram sobrepeso enquanto 20,9% apresentaram obesidade. A prevalência de hipertensão e diabetes foram de 59,3% e 23,0%, respectivamente. Entre as mulheres foram mais frequentes obesidade e hipertensão e entre os homens, diabetes e sobrepeso. Foi observado tendência desfavorável pelo aumento do sobrepeso, obesidade e diabetes, sendo a diabetes mais frequente em idosos do que em adultos enquanto o IMC apresentou relação inversa com a idade. Foi observado alta prevalência dos fatores de risco nos idosos brasileiros que pode

1 Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, mayaraaraujonutri@gmail.com;

2 Doutora pelo curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Docente da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA/UFRN e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - UFRN, thaizax@hotmail.com.

levar a maior vulnerabilidade para agravamento e pior prognóstico em caso de infecção pela COVID-19.

**Palavras-chave:** Idoso, COVID-19, Doença crônica, Saúde do idoso, Fatores de risco.

## Introdução

Em dezembro de 2019 um novo coronavírus foi identificado em Wuhan, na Província de Hubei, China, por causar doenças respiratórias em humanos. Esse vírus, denominado de SARS-CoV-2, sétimo vírus da família *Coronaviridae* conhecido por infectar humanos, é responsável por causar a doença do coronavírus 2019, a COVID-19, que em pouco tempo evoluiu de um surto local para uma pandemia (MORLEY; VELLAS, 2020; SINGHAL, 2020).

Apesar do conhecimento acerca de doenças causadas por coronavírus como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), a COVID-19 é recente e seus aspectos clínicos e epidemiológicos ainda estão sendo esclarecidos na literatura, apesar de já se ter conhecimento acerca dos seus fatores de risco e da sua disseminação, que se dá de forma acelerada (FREITAS; NAPIMOGA; DONALISIO, 2020; ZHOU et al., 2020).

Entre os indivíduos mais vulneráveis e propensos a piores desfechos decorrentes da COVID-19 estão aqueles mais velhos e que apresentam comorbidades como diabetes, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e pulmonares, consideradas preditores de agravamento e mortalidade nos indivíduos infectados (GUAN et al., 2020; WANG et al., 2020a; PETRILLI et al., 2020; SATTAR; MCINNES; MCMURRAY, 2020).

A obesidade também é considerada fator de risco para a COVID-19 e isso se deve a sua gravidade, complexidade e por ser uma condição crônica que leva a outras doenças graves, além de resultar em maior risco de hospitalização e mortalidade. Essa condição representa um estado de inflamação crônica de baixo grau que favorece o surgimento de doenças cardiometabólicas, e frequente acometimento de complicações respiratórias devido ao excesso de gordura abdominal e torácica, que contribui para o aumento do risco de desenvolver formas graves de insuficiência respiratória, estando associado a pior progressão da doença. Além do mais, a obesidade afeta o sistema imunológico, tornando o indivíduo mais vulnerável a infecções, além de prejudicar a resposta das células de defesa relacionadas à infecção por vírus influenza (FRÜHBECK et al., 2020; MUSCOGIURI et al., 2020).

A idade avançada como fator de risco para a COVID-19 é uma das condições mais bem esclarecida na literatura. Essa maior vulnerabilidade dos idosos à infecção pela SARS-CoV-2 decorrente da senescência, do declínio da

ISBN 978-65-86901-26-9

função imune e da inflamação sistêmica crônica e de baixo grau comum nesses indivíduos, principalmente nos homens (BONAFÈ et al., 2020).

Com isso, foi observado que uma elevada taxa de letalidade pela COVID-19 em idosos quando comparado as demais faixas etárias, além da diferença entre os estratos etários dos próprios idosos: entre 60 e 69 anos a taxa de letalidade foi de 3,6%, para aqueles entre 70 e 79 anos a taxa foi de 8,0% e para aqueles com idade igual ou superior a 80 anos a taxa foi de 14,8% (WANG et al., 2020b).

Com o envelhecimento, aumenta a presença de complicações de saúde pela maior predisposição e exposição aos fatores de risco para doenças crônicas (LINI; PORTELLA; DORING, 2016). A presença de doenças crônicas foi associada a maior gravidade e mortalidade pela COVID-19, sendo a hipertensão e a diabetes as comorbidades mais frequentes nos pacientes acometidos e naqueles hospitalizados pela doença do coronavírus (SINCLAIR; ABDELHAFIZ, 2020).

A hipertensão é a comorbidade mais frequente em pacientes com COVID-19, sendo um dos principais preditores de mortalidade pela COVID-19 e que geralmente acompanha o envelhecimento (SARDU et al., 2020). Porém, os mecanismos que levam a esse maior risco ainda não foram bem esclarecidos na literatura, sendo investigado se a presença de doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão, é um risco independente ou se é mediado por outros fatores como a idade avançada (ASKIN; TANRIVERDI; ASKIN, 2020).

Já a diabetes tem sido apontada na literatura como fator de risco para doenças infecciosas respiratórias agudas e infecção pulmonar grave, assim como a COVID-19. Por esta razão, a diabetes pode acarretar em maior o risco de hospitalização e necessidade de ventilação mecânica em pacientes com COVID-19, sendo necessário um adequado controle glicêmico tendo em vista que esse descontrole pode aumentar o risco de agravamento dessa doença quando infectado (BELLO-CHAVOLLA et al., 2020).

Diante da maior vulnerabilidade a evoluir para forma grave da doença e a fim de identificar a atual condição de saúde dos idosos frente aos fatores que os tornam mais susceptíveis frente a essa doença, o presente estudo tem como objetivo descrever as prevalências dos fatores de risco para COVID-19 a partir de dados do Vigitel 2019 para a população de idosos das capitais do Brasil.

## Metodologia

Este estudo analisou dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (Vigitel), coletados por meio de entrevistas telefônicas realizadas entre os meses de janeiro e dezembro de 2019. Esse sistema foi implantado pelo Ministério da Saúde no ano de 2006 devido a importância das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na definição perfil epidemiológico da população brasileira (BRASIL, 2020).

O Vigitel é um estudo transversal de base populacional que compreende todas as capitais dos estados brasileiros e o Distrito Federal, e descreve as informações atualizadas sobre a frequência, distribuição e evolução dos principais indicadores relacionados às DCNT, sendo coletadas informações sobre características sociodemográficas, hábitos de vida, alimentação, peso e altura, atividade física e morbidades. As estimativas dos indicadores são ponderadas para representar a estimativa da composição sociodemográfica da população brasileira das cidades cobertas pelo Vigitel no ano de 2019 (BRASIL, 2020).

Para isso, utilizou-se amostragem probabilística, realizada em duas etapas: (1) sorteio sistemático e estratificado de, no mínimo, 5 mil linhas telefônicas por cidade, seguido por novo sorteio e divisão de 36 réplicas, em média, de 200 linhas; (2) após identificar os as linhas elegíveis, foi sorteado um dos adultos (≥ 18 anos de idade) residente no domicílio para responder à pesquisa (BRASIL, 2020).

Neste estudo são descritas as frequências e variação temporal referentes a excesso de peso, obesidade, hipertensão arterial e diabetes em idosos (≥ 65 anos), no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal. Esses indicadores foram escolhidos com base na literatura, que aponta para o sobrepeso, hipertensão arterial e diabetes como fatores de risco para a COVID-19 em idosos (HAJIFATHALIAN et al., 2020; LI et al., 2020; ZHENG et al., 2020), além da propria idade avançada (ZHOU et al., 2020).

Para identificar o excesso de peso e obesidade foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), referente ao cálculo do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, sendo o peso e a altura autorreferidos através das respostas às questões: "O(a) Sr.(a) sabe seu peso (mesmo que seja valor aproximado)?" e "O(a) Sr.(a) sabe sua altura?". Foram classificadas com excesso de peso as pessoas que apresentaram IMC ≥ 25 kg/m2 e obesidade aquelas com IMC ≥ 30 kg/m2. Para a presença de hipertensão arterial e diabetes, os dados se referem a resposta das seguintes questões: "Algum médico já lhe disse

que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?" e "Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes?" (BRASIL, 2020).

Para cálculo das frequências e variação temporal dos indicadores foi considerado intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%, sendo utilizado regressão linear simples para variação temporal e considerado significativa as variações com valor de $p \leq 0,05$. Para processamento e execução das análises foi utilizado o aplicativo Stata versão 14.2. As estimativas dos indicadores são ponderadas para representar a estimativa da composição sociodemográfica da população brasileira das cidades cobertas pelo Vigitel no ano de 2019 (BRASIL, 2020).

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, a realização do Vigitel se deu mediante aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008) e os participantes obtiveram acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido de forma verbal no momento do contato telefônico.

## Resultados e discussão

Foram coletados dados de 52.443 adultos, dos quais 33,5% (n=17.583) apresentaram idade superior a 65 anos. Na Tabela 1 é possível observar a frequência dos indicadores referentes ao excesso de peso e morbidades apresentadas por idosos brasileiros e que são fatores de risco associados a evolução para forma grave da COVID-19. Dos idosos entrevistados, 80,7% (n=14.190) apresentaram sobrepeso, dos quais 59,8% (n=10.515; IC95%: 58 – 61,3) apresentaram excesso de peso e 20,9% (n=3.675; IC95%: 19,7 – 22,2) apresentaram obesidade. O excesso de peso foi mais frequente em homens [60,6% (IC95%: 57,8 – 63,4)] do que em mulheres [57,5% (IC95%: 57,5 – 61,0)], enquanto a obesidade foi mais frequente em mulheres [22,7% (IC95%: 21,2 – 24,3)] do que em homens [18,0% (IC95%: 15,8 – 20,2)].

A elevada prevalência de sobrepeso e obesidade em idosos acompanha a tendência mundial, sendo um achado comum nesse público. Diferentes estudos identificaram esse crescimento como o estudo realizado por Silva et al. (2020) que, com base nas Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) para os anos de 2002/2003 e 2008/2009, identificou redução na prevalência de baixo peso e aumento nas prevalências de sobrepeso e obesidade em idosos. Enquanto Silveira, Vieira e Souza (2018) encontraram prevalência de 55,1% de obesidade abdominal (AO) em idosos, principalmente em mulheres (65,5%), além

ISBN 978-65-86901-26-9

da OA estar associada a presença de hipertensão arterial e doenças respiratórias em homens e diabetes em mulheres.

Apesar do excesso de peso ter sido mais frequente em homens e a obesidade em mulheres, estudos observaram que essas condições são comumente apresentadas pelo sexo feminino. Isso ocorre devido a alteração na composição corporal com o envelhecimento, sendo observado maior tendência de acúmulo de gordura na região abdominal em mulheres quando comparado a homens (ARAÚJO et al., 2018; PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Embora tenha sido observada elevada frequência de sobrepeso e obesidade entre os idosos, quando analisadas tais frequências de acordo com as faixas etárias, pode-se identificar que houve declínio na frequência desses indicadores com a idade, sendo menor na faixa etária de 65 anos ou mais quando comparada às faixas etárias de 35 a 64 anos. Essa divergência na relação peso e idade se deu para ambos os sexos.

Situação semelhante a esta foi obersavada por Hajifathalian et al. (2020) em pacientes com COVID-19, que encontraram associação inversa entre o IMC e a faixa etária, sendo a obesidade (IMC ≥ 30 kg/m$^2$) mais frequente em pacientes mais jovens e o baixo peso (IMC ≤ 18,5 kg/m$^2$) mais frequente em pacientes mais velhos. Tal relação inversa entre IMC e faixa etária ocorre devido o declínio do peso e massa muscular com o avançar da idade, decorrente das alterações inerentes ao envelhecimento (COSTA; SCHNEIDER; CESAR, 2016).

Apesar disso,pacientes obesos de todas as faixas etárias apresentaram maior risco de admissão em UTI devido a infecção pela COVID-19, sendo maior a necessidade de ventilação mecânica em pacientes com IMC ≥ 30 kg/m$^2$ e, assim como a idade avançada, a obesidade também apresentou associação ao óbito por essa doença (HAJIFATHALIAN et al., 2020).

Entre pacientes com COVID-19 também foi encontrada alta prevalência sobrepeso e obesidade. Petrilli et al. (2020), ao avaliarem pacientes hospitalizados com COVID-19, observaram que 34,3% apresentaram sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m$^2$) enquanto 39,5% apresentaram obesidade (IMC ≥ 30 kg/m$^2$), sendo o IMC ≥ 40 kg/m$^2$ associado a forma crítica da doença. Outro estudo com pacientes com COVID-19 encontrou prevalência de 47,5% de obesidade (IMC ≥ 30 kg/m$^2$), sendo esse um fator que contribui para maior gravidade da doença, principalmente em pessoas com IMC ≥ 35 kg/m$^2$ (SIMONNET et al., 2020).

ISBN 978-65-86901-26-9

A obesidade se torna um fator de risco para forma grave da COVID-19 por representar um estado de inflamação crônica de baixo grau, contribuindo para o surgimento de doenças cardiometabólicas, redução da reserva cardiorrespiratória e déficit do sistema imunológico, que contribui para pior progressão da doença quando infectado (SATTAR; MCINNES; MCMURRAY, 2020). Essa condição é também considerada um problema de saúde pública que vem se tornando cada vez mais prevalente e que, por levar a ocorrência de diversas doenças, acarreta numa maior morbidade e mortalidade para o indivíduo, principalmente se tratando de pessoas idosas, nas quais a obesidade pode impactar negativamente na sua qualidade de vida além de torna-lo ainda mais vulnerável no atual contexto de pandemia pela COVID-19.

Quanto as morbidades referidas, observou-se alta prevalência de hipertensão [59,3%; n=10.427 (IC95%: 57,7 – 60,8)], principalmente entre as mulheres [61,6% (IC95%: 59,8 – 63,3)] quando comparado aos homens [55,5% (IC95%: 52,7 – 58,4)], enquanto a diabetes apresentou frequência de 23,0% (n=4.044; IC95%: 21,7 – 24,3) e foi mais predominante no sexo masculino [24,6% (IC95%: 22,1 – 27,0)] quando comparado ao sexo feminino [22,0% (IC95%: 20,5 – 23,5)] (Tabela 1).

**Tabela 1**. Frequência* (%) de fatores de risco para a COVID-19 em idosos (≥ 65 anos), por sexo, no conjunto das capitais do Brasil e no Distrito Federal. Vigitel 2019.

| Indicadores | Total | | Masculino | | Feminino | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | % | IC 95% | % | IC 95% | % | IC 95% |
| **Excesso de peso** | | | | | | |
| Excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m²) | 59,8 | 58,3 - 61,3 | 60,6 | 57,8 - 63,4 | 59,3 | 57,5 - 61,0 |
| Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²) | 20,9 | 19,7 - 22,2 | 18,0 | 15,8 - 20,2 | 22,7 | 21,2 - 24,3 |
| **Morbidade referida** | | | | | | |
| Hipertensão arterial | 59,3 | 57,7 - 60,8 | 55,5 | 52,7 - 58,4 | 61,6 | 59,8 - 63,3 |
| Diabetes | 23,0 | 21,7 - 24,3 | 24,6 | 22,1 - 27,0 | 22,0 | 20,5 - 23,5 |

Fonte: MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. 2020.

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel à distribuição da população adulta da cidade projetada para o ano de 2019.

IC 95%: intervalo de confiança de 95%; IMC: Índice de Massa Corporal.

ISBN 978-65-86901-26-9

As prevalências das morbidades são similares às encontradas por outros estudos realizados no Brasil e em outros países. Costa, Schneider e Cesar (2016) identificaram que 66,7% dos idosos avaliados apresentavam hipertensão, sendo essa condição mais frequente em mulheres, enquanto 23,5% apresentavam diabetes, mais frequente em homens. Já em estudo realizado por Barra et al. (2020), dos idosos cadastrados na atenção primária do município de Uberlândia/MG, 63,9% apresentam, de forma isolada ou associada, alguma comorbidade como hipertensão e diabetes, sendo a prevalência dessas duas comorbidades de 59% e 23,9%, respectivamente. Na China também foi encontrada alta prevalência de doenças crônicas em idosos, e as prevalências de hipertensão e diabetes foram semelhantes às encontradas no Brasil. Para hipertensão a prevalência foi de 63,1% enquanto para a diabetes foi de 27,6% (ZHANG et al., 2020).

Entre os idosos acometidos pela COVID-19, as frequências de hipertensão e diabetes encontrada por Wang et al. (2020b) foram de 40,8% e 16,0%, respectivamente, sendo essas condições mais comuns nos idosos que foram a óbito quando comparado àqueles que sobreviveram. A prevalência de hipertensão e diabetes encontrada por Li et al. (2020) foi de 36,3% e 17,6%, respectivamente. Também foi observado que pacientes com hipertensão apresentaram 2 vezes mais chances de evoluir para forma grave da COVID-19 enquanto pacientes com diabetes apresentaram 3 vezes mais chances de pior progressão da doença quando comparados àqueles pacientes que não apresentavam essas doenças (XU; MAO; CHEN, 2020), o que demonstra a gravidade de apresentar alguma dessas doenças diante da infecção pela COVID-19, como encontrado em grade parte dos idosos brasileiros.

Diferentemente dos indicadores de sobrepeso e obesidade, as frequências de hipertensão e diabetes aumentaram exponencialmente com o avançar da idade para ambos os sexos. Uma das razões para esse aumento é que a idade avançada está associada a presença dessas comorbidades pela menor eficiência metabólica (SATTAR; MCINNES; MCMURRAY, 2020), além de que, idosos com excesso de peso apresentam mais chances de apresentar multimorbidade quando comparado a idosos com peso adequado (FERREIRA; SZWARCWALD; DAMACENA, 2019; LEITE et al., 2019).

Além do mais, a partir dos resultados de metanálise realizada por Xu, Mao e Chen (2020) foi possível traçar um perfil dos indivíduos mais propensos a serem infectados pela COVID-19 através dos seus principais fatores de risco, sendo eles: ser idoso, do sexo masculino, com elevado IMC e com

doenças crônicas pré-existentes como a hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e doença pulmonar obstrutiva crônica. Perfil este que se assemelha a amostra analisada no presente estudo, mas que também pode ser identificada em diversas partes do mundo, já que vivencia-se um envelhecimento populacional e com ele o aumento dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis que também são fatores de risco para a COVID-19.

Isso leva a maior preocupação com os idosos diante da maior vulnerabilidade a infecção pela COVID-19 devido a presença dessas condições representar uma maior chance de evolução para forma grave da doença. Além disso, a hipertensão e a diabetes são as principais comorbidades apresentadas por idosos acometidos pela COVID-19 (LI et al., 2020; WANG et al., 2020b), e que foi encontrada em metanálise realizada por Zheng et al. (2020) maior proporção de hipertensos e diabéticos no grupo de pacientes graves quando comparado ao grupo dos não graves, consideradas fatores de risco para forma grave e óbito pela COVID-19.

Na Tabela 2 são apresentadas as frequências anuais e a variação dos indicadores para os anos de 2013 a 2019. Com isso, pode-se observar que há uma tendência desfavorável pelo aumento na frequência de excesso de peso, comprovada pela variação anual média positiva [0,72% (IC95%: 0,39 – 1,05)], e que os idosos apresentam frequência superior à média total assim como para os sexos, com destaque para o sexo feminino que, apesar de apresentar menor frequência, apresentou maior variação que o sexo masculino e que a variação total. A obesidade seguiu o mesmo caminho e, apesar da menor variação total [0,43% (IC95%: 0,29 – 0,57)], as mulheres também apresentaram maior frequência e variação [21,0%; 0,52% (IC95% 0,39 – 1,05)] quando comparado aos homens [19,5%; 0,32% (IC95%: 0,19 – 0,46)]. Para a diabetes, o coeficiente de variação total não apresentou significância, porém pode-se observar a tendência de aumento na frequência desta condição, especialmente entre as pessoas mais velhas. Os idosos apresentaram prevalência média de diabetes de 23,0%, muito superior à média total que foi de 7,4%. A hipertensão não apareceu na tabela por não apresentar variação temporal estatisticamente significativa.

**Tabela 2.** Frequência anual e variação anual média (e IC95%) dos indicadores do Vigitel que apresentaram variação temporal estatisticamente significativa. População adulta (≥ 18 anos), de ambos os sexos, das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal (2013-2019).

| Indicadores | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | Variação anual média 2013-2019* | IC 95% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Excesso de peso** | | | | | | | | | |
| Total | 50,8 | 52,5 | 53,9 | 53,8 | 54,0 | 55,7 | 55,4 | 0,72 | 0,39 - 1,05 |
| Homens | 54,7 | 56,5 | 57,6 | 57,7 | 57,3 | 57,8 | 57,1 | 0,34** | 0,07 - 0,75 |
| Mulheres | 47,4 | 49,1 | 50,8 | 50,5 | 51,2 | 53,9 | 53,9 | 1,05 | 0,69 - 1,40 |
| **Obesidade** | | | | | | | | | |
| Total | 17,5 | 17,9 | 18,9 | 18,9 | 18,9 | 19,8 | 20,3 | 0,43 | 0,29 - 0,57 |
| Homens | 17,5 | 17,6 | 18,1 | 18,1 | 19,2 | 18,7 | 19,5 | 0,32 | 0,19 - 0,46 |
| Mulheres | 17,5 | 18,2 | 19,7 | 19,6 | 18,7 | 20,7 | 21,0 | 0,52 | 0,19 - 0,84 |
| **Diabetes** | | | | | | | | | |
| Total | 6,9 | 8,0 | 7,4 | 8,9 | 7,6 | 7,7 | 7,4 | 0,04** | -0,30 - 0,38 |
| Homens | 6,5 | 7,3 | 6,9 | 7,8 | 7,1 | 7,1 | 7,1 | 0,05 | -0,15 - 0,26 |
| Mulheres | 7,2 | 8,7 | 7,8 | 9,9 | 8,1 | 8,1 | 7,8 | 0,03 | -0,42 - 0,49 |

Fonte: MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. 2020.

*Pontos percentuais; **Coeficiente não significativo.

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Embora haja uma tendência de crescimento quanto a prevalência de sobrepeso e obesidade entre idosos, com o avançar da idade há perda de massa muscular com preservação ou aumento de tecido adiposo, considerada obesidade sarcopênica, que pode levar ao comprometimento metabólico e declínio da capacidade funcional em idosos pelo perda da força muscular. Com isso, o IMC pode não ser o melhor indicador para identificar a presença de sobrepeso e obesidade em idosos por não diferenciar tecido adiposo de massa muscular e identificar o estado nutricional de forma fidedigna (ALALWAN, 2020; DINIZ et al., 2019).

O aumento do sobrepeso e obesidade associado a idade avançada pode estar contribuindo para o aumento da prevalência de diabetes e hipertensão em idosos. Estudo realizado por Christofoletti et al. (2020) identificou que entre

os idosos, 42,9% apresentavam simultaneidade de doenças crônicas, sendo mais frequente a associação de hipertensão, diabetes e obesidade, o que leva ao maior risco de hospitalização e mortalidade nessa população. Em pacientes idosos com COVID-19, 68,8% apresentaram uma ou mais comorbidades, destacando-se também a hipertensão e a diabetes como as mais frequentes (LI et al., 2020). Conforme observado em metanálise realizada por Garin et al. (2016), a alta prevalência de multimorbidades em idosos é comum a diferentes países, sendo a hipertensão, a diabetes e a obesidade as comorbidade metabólicas mais frequentes como visto pelos estudos previamente citados, e que refletem nas condições de saúde apresentadas pelos pacientes infectados pela COVID-19.

Ao estimarem o número de indivíduos com maior risco de evoluir para forma grave da COVID-19, Clark et al. (2020) identificicaram que um a cada cinco indivíduos com idade igual ou superior a 70 anos tem elevado risco de apresentar piores desfechos pela COVID-19 devido a pré-existência de doenças crônicas como doença renal crônica, diabetes, doença cardiovascular e doença respiratória crônica, além da própria idade avançada. Também foi observado que para esses individuos a prevalência de uma ou mais condições crônicas foi de 66%. Isso leva a uma maior necessidade de compreensão das questões que levam a essa elevada prevalência, o que pode auxiliar no desenvolvimento de políticas publicas voltadas para controle e redução dessas condições na população e reduzir e/ou evitar suas consequências negativas na saúde dos idosos.

A COVID-19 leva a um alto grau de inflamação sistêmica que, com a presença de doenças que já representam um estado de inflamação, como no caso da diabetes e obesidade que levam a inflamação de baixo grau, pode ocorrer uma exarcebação e consequentemente maior gravidade da doença (PITITTO; FERREIRA, 2020). Com isso, o controle das doenças de base assim como a manutenção de um bom estado nutricional podem contribuir para um melhor prognóstico em caso de infecção pelo SARS-CoV-2.

Diante do atual cenário, a manutenção da continuidade do tratamento das doenças crônicas de base se torna um desafio como também uma ação de saúde de extrema importância, tendo em vista o crescente número de idosos acometidos por essas doenças, que também são graves problemas de saúde pública assim como a COVID-19, e que associadas levam a uma maior morbimortalidade, principalmente entre pessoas idosas (BASU, 2020).

Com isso, segundo Frühbeck et al. (2020), ao garantir o controle glicêmico de pessoas diabéticas, principalmente as com obesidade, é possível reduzir o risco de complicações diante da infecção por COVID-19. Esse controle glicêmico também pode contribuir para redução da predisposição e melhor prognóstico uma vez que o alto nível de glicose no sangue são preditores de piores desfechos em pacientes com COVID-19 (PITITTO; FERREIRA, 2020).

Por estas razões, os pacientes diabéticos devem realizar o monitoramento glicêmico constante assim como dar continuidade ao tratamento medicamentoso a fim de garantir o controle adequdado da doença. Isso também é válido para pessoas hipertensas. Além do mais, é importante que os idosos que apresentam múltiplas comorbidades sejam monitorados e acompanhados pela atenção primária do seu município devido a sua maior vulnerabilidade a evoluir para forma grave da COVID-19 (BARRA et al., 2020).

Além do mais, a presença dos fatores de risco de forma isolada já acarreta em maior chance de o indivíduo apresentar pior desfecho pela COVID-19, porém muito se encontra na literatura sobre a elevada simultaneidade desses fatores em idosos, o que pode dificultar ainda mais o enfrentamento ao vírus assim como aumentar ainda mais sua gravidade. Essa simultaneidade também mostra que os indivíduos apresentam uma pior condição de saúde e com isso necessitam de mais atenção à saúde e gera, consequentemente, em mais gastos ao sistema de saúde. Com isso, as ações de promoção da saúde e de prevenção das condições crônicas evitáveis são de extrema importância no momento atual, uma vez que as medidas de combate a COVID-19 podem aumentar o risco de desenvolvimento dessas condições como pela menor disponibilidade e acessibilidade a aliementos saudáveis e aumento da disponibilidade e consumo de alimentos processados e ultraprocessados, maior inatividade física pelas restrições impostas pelo isolamento, podendo ser utilizadas estratégias que abordem tanto os fatores de risco como a própria COVID-19 de forma simultanea (CRUZ et al., 2017; TIN et al., 2020).

Os idosos são os indivíduos mais vulneráveis a infecção pelo SARS-CoV-2 diante desta pandemia e apresentam maior risco de desfechos negativos decorrentes de diferentes condições crônicas de saúde por apresentarem maior risco de declínio funcional e incapacidades, sendo a maior mortalidade pela COVID-19 nesse grupo proveniente dessa maior vulnerabilidade clínico-funcional (BARRA et al., 2020), além da presença dos fatores de risco já bem esclaridos na literatura como diabetes, doenças cardiovasculares, incluindo

a hipertensão, doenças respiratórias e renais e a obesidade (SATTAR; MCINNES; MCMURRAY, 2020).

## Considerações finais

A partir dos dados do Vigitel 2019 foi possível observar a alta prevalência de alguns dos principais fatores de risco para a COVID-19 em idosos brasileiro. Com isso, identificou-se uma elevada vulnerabilidade desses idosos para agravamento e pior prognóstico em caso de infecção.

Com isso, vê-se a importância e necessidade do cuidado e atenção à saúde dos idosos de forma a garantir o controle das doenças pré existentes, quanto ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, assim como a manutenção do bom estado nutricional, devendo ser estimuladas a realização de atividades fisicas e o consumo de uma alimentação saudável, por exemplo, a fim de garantir um melhor bem estar desses indivíduos. Além disso, é necessário que esse cuidado se dê de forma integral e com uma abordagem multidisciplinar uma vez que as condições crônicas de saúde são muitas vezes multifatoriais e sua etiologia envolve diferentes aspectos da vida, não somente a saúde, assim como suas consequências.

Dessa forma, diante do atual cenário de emergência em saúde pública e da maior vulnerabilidade a evoluir para forma grave da COVID-19, é importante conhecer as condições de saúde dos idosos e com isso propor medidas estratégicas e ações de saúde relacionados à prevenção e controle da transmissão do novo coronavírus assim como evitar e/ou reduzir os danos causadas pela COVID-19 através do controle das doenças pré-existentes e manutenção de um bom estado nutricional. Para isso também é necessária a capacitação dos profissionais da saúde devido as especificidades e demandas de cuidado das pessoas idosas.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALALWAN, T. A. Phenotypes of Sarcopenic Obesity: Exploring the Effects on Peri-Muscular Fat, the Obesity Paradox, Hormone-Related Responses and the Clinical Implications. **Geriatrics**, v. 5, n. 1, p. 8, fev. 2020. DOI: https://doi.org/10.3390/geriatrics5010008.

ARAÚJO, C. A. H. et al. Ambiente construído, renda contextual e obesidade em idosos: evidências de um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 5, e00060217, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00060217

ASKIN, L.; TANRIVERDI, O.; ASKIN, H. S. O Efeito da Doença de Coronavírus 2019 nas Doenças Cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol**, São Paulo, v. 114, n. 5, p. 817-22, maio 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.36660/abc.20200273

BARRA, R. et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 38-43, 15 abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.64

BASU, S. Non-communicable disease management in vulnerable patients during Covid-19. **Indian J Med Ethics**, v. V, n. 2, p. 103–105, 25 abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.20529/IJME.2020.041.

BELLO-CHAVOLLA, O. Y., et al. Predicting Mortality Due to SARS-CoV-2: A Mechanistic Score Relating Obesity and Diabetes to COVID-19 Outcomes in Mexico. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 105, n. 8, p. 1-10, ago. 2020. DOI: https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa346

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2019**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

CHRISTOFOLETTI, M. et al. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2018487, 2020. DOI: https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100006.

CLARK, A. et al. Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. **Lancet Global Health**, n. 20, p. 1-15, jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30264-3

COSTA, C. S.; SCHNEIDER, B. C.; CESAR, J. A. Obesidade geral e abdominal em idosos do Sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI?. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 11, p. 3585-96, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.02492016

CRUZ, M. F. et al. Simultaneidade de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre idosos da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 33, n. 2, e00021916, abr. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311x00021916.

DINIZ, J. D. S. et al. Análise de métodos para diagnóstico de obesidade sarcopênica em idosos. **RBCEH**, v. 16, n. 1, p. 90-94, 20 ago. 2019. DOI: https://doi.org/10.5335/rbceh.v16i1.9763.

FERREIRA, A. P. S.; SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev Bras Epidemiol**, v. 22, e190024, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720190024

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 11, p. 3829-40, nov. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29662016

FREITAS, A. R. R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M. R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 29, n. 2, p. e2020119, 2020. DOI: https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200008.

FRÜHBECK, G. et al. European Association for the Study of Obesity Position Statement on the Global COVID-19 Pandemic. **Obes Facts**, v. 13, n. 2, p. 292-96, abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.1159/000508082

GARIN, N. et al. Global Multimorbidity Patterns: a cross-sectional, population-based, multi-country study. **J Gerontol**, v. 71, n. 2, p. 205-14, fev. 2016. DOI: https://doi.org/10.1093/gerona/glv128.

GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **N Engl J Med**, v. 382, n. 18, p. 1708-20, abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032.

HAJIFATHALIAN, K. et al. Obesity is associated with worse outcomes in COVID-19: analysis of early data from New York City. **Obesity** (Silver Spring), maio 2020. DOI: https://doi.org/10.1002/oby.22923

LI, P. et al. Clinical Features and Short-term Outcomes of Elderly Patients With COVID-19. **IJID**, maio 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.05.107

LINI, E. V.; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 19, n. 6, p. 1004–14, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043

MORLEY, J. E.; VELLAS, B. COVID-19 and Older Adult. **J Nutr Health Aging**, v. 24, n. 4, p. 364-65, abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/s12603-020-1349-9

PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cad Saúde Pública**, v. 32, n. 5, e00178814, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00178814

PETRILLI, C. M. et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. **BMJ**, 369, m1966, maio 2020. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m1966

PITITTO, B. A.; FERREIRA, S. R. G. Diabetes and covid-19: more than the sum of two morbidities. **Rev Saúde Pública**, v. 54, 2020. DOI: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002577

SARDU, C. et al. Hypertension, Thrombosis, Kidney Failure, and Diabetes: Is COVID-19 an Endothelial Disease? A Comprehensive Evaluation of Clinical and Basic Evidence. **J Clin Med,** v. 9, n. 5, maio 2020. DOI: https://doi.org/10.3390/jcm9051417

SATTAR, N.; MCINNES, I. B.; MCMURRAY, J. J. V. Obesity a risk factor for severe COVID-19 infection: multiple potential mechanisms. **Circulation**, 2020. DOI: https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047659

SILVEIRA, E. A.; VIEIRA, L. L.; SOUZA, J. D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 3, p. 903-12, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01612016

SIMONNET, A. et al. High prevalence of obesity in severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2) requiring invasive mechanical ventilation. **Obesity**, v. 28, n. 7, 2020. DOI: http://doi.wiley.com/10.1002/oby.22831

SINCLAIR, A. J.; ABDELHAFIZ, A. H. Age, frailty and diabetes – triple jeopardy for vulnerability to COVID-19 infection. **EClinicalMedicine**, v. 22, abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100343

SINGHAL, T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). **Indian J Pediatr**, v. 84, n. 4, p. 281–86, abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6.

TIN, S. T. W. Et al. Insights in Public Health: COVID-19 Special Column: The Crisis of Non-Communicable Diseases in the Pacific and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. **Hawaii J Health Soc Welf**, v. 79, n. 5, p. 147-48, maio 2020. Disponível em: https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys. Acesso em: 9 jul. 2020.

WANG, D. et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. **JAMA**, 2020a. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585.

WANG, L. et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. **J Infect**, v. 80, n. 6, p. 639-45, mar. 2020b. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.019

XU, L.; MAO, Y.; CHEN, G. Risk factors for 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) patients progressing to critical illness: a systematic review and meta-analysis. **Aging**, v. 12, n. 12, p. 12410-21, jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.18632/aging.103383

ZHANG, L. et al. A Multicenter Study of Multimorbidity in Older Adult Inpatients in China. **Nutr Health Aging**, v. 24, n. 3, p. 269-76, mar. 2020. DOI: https://doi.org/10.1007/s12603-020-1311-x

ZHENG, Z. et al. Risk factors of critical and mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis, **J Infect**, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.021

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **Lancet**, v. 395, p. 1054-62, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)30566-3

# OBESIDADE SARCOPÊNICA: REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA

Sarah Giulia Bandeira Felipe[1]
Cynthia Roberta Dias Torres Silva[2]
Rutielle Ferreira Silva[3]
Maria do Livramento Fortes Figueiredo[4]

**Resumo: Objetivo:** sumarizar as principais evidências sobre obesidade sarcopênica, bem como descrever o conceito, epidemiologia, diagnóstico e estratégias de tratamento. Metodologia: estudo de revisão narrativa da literatura elaborado a partir da consulta de artigos científicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), consultada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Foram utilizados os seguintes termos como descritores para a busca: *"aging"*, *"sarcopenic obesity"*, *"obesity"* e *"sarcopenia"* e a amostra final resultou em 23 estudos. Resultados e Discussão: A obesidade sarcopênica é uma síndrome geriátrica derivada da coexistência da obesidade com sarcopenia que resulta em complicações adversas em saúde como incapacidade funcional, redução da qualidade de vida e maior mortalidade. O diagnóstico é baseado na avaliação tanto da obesidade quanto da sarcopenia, visto que, ainda não há consenso sobre seus métodos e pontos de corte. Além disso, o tratamento não é pradonizado e baseia-se na adoção de medidas de restrição calórica, suplementação proteica e exercicios aerobicos e resistidos. Conclusão: A compreensão da obesidade

1 Mestranda em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP-SP), sarinha-gbf@hotmail.com;

2 Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI-PI), cynthiarobertatorres@gmail.com;

3 Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI-PI), rutielle.rfs@gmail.com

4 Doutora em Enfermagem e docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauó (UFPI-PI), liff@ufpi.edu.br;

sarcopênica é fundamental para a implementação de intervenções para diagnóstico e tratamento precoce, para isto é necessário que mais pesquisas sejam desenvolvidas a fim de estabelecer um consenso universal sobre a doença.

**Palavras-chave:** Aging, Sarcopenic obesity, Obesity, sarcopenia.

## Introdução

O envelhecimento populacional é considerado um evento natural, irreversível e comum aos seres humanos. Este processo abrange modificações biopsicossoais, que por sua multidimensionalidade, configuram-se como um novo desafio para a sociedade e para os serviços de saúde que carecem de conhecimentos e atitudes para atenderem as demandas em saúde do idoso (GARCIA; GARCÍA; MARKIDES, 2019; OCHOA-VAZQUEZ *et al.*, 2019). Projeções indicam um aumento do número de pessoas com idade superior a 60 anos de 605 milhões para 1,2 bilhões em 2055 (WHO, 2019). De forma consoante, o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo com maior proporção de idosos nesse período, superando o quantitativo de pessoas com idade inferior a 30 anos. (IBGE, 2020).

Tais mudanças etárias visíveis em cenário mundial ocorreram em virtude do processo de transição demográfica. Esse fenômeno é caracterizado pela redução nos índices de mortalidade, fecundidade e aumento da expectativa de vida, que somados, ocasionaram a elevação do número de idosos. Concomitante a isto, os avanços tecnológicos e em saúde colaboraram para a transição epidemiológica, propiciando a modificação do perfil de morbimortalidade da população, com a substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas doenças crônico degenerativas com alto poder incapacitante (SILVA, 2019).

Dentre as doenças crônicas que se instalam no processo de envelhecimento, destaca-se a obesidade sarcopênica (OS), que se refere a coexistência da sarcopenia com a obesidade. Este agravo é caracterizado pela redução da massa muscular, associada com baixa força muscular, baixo desempenho físico e excesso de gordura corporal (KHOR *et al.*, 2020).

Verifica-se diferentes prevalências da OS no mundo para adultos com idade superior a 65 anos, na Coreia afeta 2,3% dos idosos (KWON; YOON; LEE, 2018), na África do Sul 10,3% e na Espanha 11%. (TYROVOLAS et al., 2016). No Brasil, um estudo desenvolvido com os dados da Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos (FIBRA) identificou prevalência de 4,4% de obesidade sarcopênica em idosos e associação com a fragilidade (36,1%) e pré-fragilidade (59%) (SANTOS et al., 2017). Além disso, a literatura evidencia outras complicações em saúde, como a incapacidade funcional, redução da qualidade de vida e maior mortalidade.

Desse modo, por se tratar de uma síndrome associada a uma multiplicidade de desfechos negativos, a sua compreensão deve ser uma prioridade na investigação científica e na prática clínica do cuidado em enfermagem. Posto isto, o objetivo deste artigo é sumarizar as principais evidências sobre obesidade sarcopênica, bem como descrever o conceito, epidemiologia, diagnostico e estratégias de tratamento.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura elaborada a partir da consulta de artigos científicos indexados nas bases de dados: Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), consultada pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). Este tipo de estudo objetiva descrever o estado de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica, apontando tendências e lacunas existentes (BRUM et al., 2015).

Foram utilizados os seguintes termos como descritores para a busca: *"aging"*, *"sarcopenic obesity"*, *"obesity"* e *"sarcopenia"*, e estabeleceram-se como critérios de inclusão estudos relacionados a definição, epidemiologia, diagnóstico e estratégias de tratamento para OS, disponilizados na íntegra e nos idiomas inglês, espanhol e português.

Inicialmente, foram localizadas 166 publicações potencialmente elegíveis. Após leitura do título e resumo, 14 eram duplicadas. Do total restante (n=152), após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram excluídas 129 publicações por não versarem sobre a temática em estudo. Assim, compuseram a amostra 23 estudos primários.

## Resultados e discussão

A obesidade é uma epidemia mundial de grande relevância em saúde pública. Esta enfermidade é conceituada como o acúmulo excessivo ou distribuição anormal de gordura corporal. Caracteriza-se ainda, por um baixo grau de inflamação do tecido adiposo branco relacionada com a resistência insulínica, diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipertensão arterial, aterogênese e síndrome metabólica (MALENFANT; BATSIS, 2019).

ISBN 978-65-86901-26-9

A etiologia da obesidade é influenciada por aspectos ambientais, comportamentais, psicológicos e fisiológicos que convergem sobretudo a uma única circunstância: o desequilíbrio energético positivo. Deste modo, a quantidade de calorias ingeridas ultrapassa a quantidade que é gasta, fazendo com que o acúmulo dessas calorias seja armazenado no tecido adiposo. Evidencia-se ainda, o caráter poligênico da doença, em que mais de 250 genes, marcadores e regiões cromossômicas estão associados e que ao sofrerem influência da alimentação, atividade física, estresse, tabagismo e alcoolismo são ativados ou silenciados (KADOY; ACOSTA, 2017).

Vários estudos nacionais e internacionais tem evidenciado os fatores associados a obesidade, nos quais destacam-se o baixo nível de instrução, raça/cor preta, conviver com o companheiro, assistir mais de quatro horas de televisão por dia (FERREIRA; SZWARCWALD; DAMACENA, 2019), declínio funcional (CHENG et al., 2017), câncer (CHADID et al., 2018) e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes tipo 2 e hipertensão arterial (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018). Ressalta-se ainda prevalências crescentes e impactos negativos em saúde na população idosa com idade avançada (MALENFANT; BATSIS, 2019)

Em países da Europa, como a Suécia, estudos com idosos evidenciaram prevalências de obesidade geral de 19% em mulheres 15% em homens (MARGARETA et al., 2017). Já em países asiáticos, como o Japão e a China verificam-se porcentagens de 25,9% (OTAKI et al., 2017) e 7,9% respectivamente (HU et al., 2017). No Brasil, as pesquisas revelam prevalências de 29,9% de obesidade geral no Rio Grande do Sul (COSTA; SCHENEIDER, CESAR, 2016), 49,0% em Goiânia (SILVEIRA et al., 2016) e no Piauí 5,5% para homens e 19,1% para mulheres idosas (SILVA; SOUZA; TORRES, 2013).

A coexistência da obesidade com a sarcopenia (declínio da força e da massa muscular) em populações acima dos 60 anos de idade é uma síndrome geriátrica denominada obesidade sarcopênica (OS) (BATSIS; VILLAREAL, 2018). A OS traz implicações clínicas e de saúde significativas para a pessoa idosa, repercutindo na qualidade de vida, independência e mortalidade dessa população (BIZRI; BATSIS, 2020; KHOR et al., 2020).

Estudos internacionais têm buscado avaliar a prevalência da OS, uma vez que tais dados subsidiarão o estabelecimento de medidas preventivas adequadas, bem como auxiliarão o desenvolvimento de políticas públicas de saúde a população idosa com a síndrome. Observou-se que, a nível mundial,

a prevalência da OS diverge entre os estudos, especialmente em decorrência da falta de uma definição e de métodos de avaliação universais (KEMMLER *et al.*, 2015).

Em âmbito nacional pesquisa realizada com 477 pessoas idosas, constatou uma prevalência de OS menores que 5%. Dado semelhando foi demonstrado por Oliveira Neta e colaboradores (2018), ao identificarem que 5% de sua amostra (n=100) apresentavam a OS. Evidenciou-se, ainda, que apesar de apresentarem uma prevalência significativamente baixa, a combinação obesidade e sarcopenia resultaram em implicações mais severas, quando comparado com as duas condições separadamente (OLIVEIRA NETA *et al.*, 2018).

Investigações tem demonstrado que, quando se avalia a sarcopenia de maneira isolada, essa pode ser associada ao desenvolvimento de incapacidades funcionais, elevando o risco para fragilidade e queda (BISCHOFF-FERRARI *et al.*, 2015; SCOTT *et al.*, 2019), fraturas (SCHAAP *et al.*, 2018), dependência na realização das atividades de vida diária (MALMSTROM *et al.*, 2016), distúrbios de mobilidade, contribui para diminuição da qualidade de vida (BEAUDART *et al.*, 2017a) e aumenta o risco de morte (LOCQUET *et al.*, 2019). Em adição, diversos estudos demonstraram que tanto a massa muscular, quanto a função muscular foram independentemente associadas à mortalidade (NEWMAN *et al.*, 2006; FABBRI *et al.*, 2017; CHEUNG; LAM; CHEUNG, 2016; STUDENSKI; PERERA; PATEL *et al.*, 2011).

O declínio na massa e na função muscular foram associados a um aumento de 3,7 vezes na mortalidade (CHEUNG; LAM; CHEUNG, 2016) e a um aumento de 2 vezes no risco de queda (BISCHOFF-FERRARI *et al.*, 2015) bem como a um maior risco de dependência (BEAUDART *et al.*, 2017). A sarcopenia está associada a um aumento de 50% no risco de admissão, um aumento de 20 dias no tempo de internação hospitalar e um aumento de 34% a 58% nos custos de assistência hospitalar (BAUMGARTNER *et al.*, 2004; SOUSA *et al.*, 2016).

Em idosos hospitalizados, a sarcopenia eleva o risco de complicações como infecções, lesão por pressão, perda da independência e institucionalização (MALAFARINA *et al.*, 2012). Desse modo, a sarcopenia ampliará o risco de resultados adversos à saúde (LANDI *et al.*, 2018).

Ainda que a etiologia não tenha sido totalmente elucidada, sabe-se que alguns mecanismos podem estar associados aos seu desenvolvimento, principalmente os relacionadas ao envelhecimento, tendo em vista que a composição do corpo humano muda drasticamente com o envelhecimento. A massa

muscular diminui, enquanto a massa gorda, especialmente a gordura visceral, ocorre, ainda, o declínio da força muscular, alterações hormonais (MILLER; WOLFE, 2008), além de causas inerentes a própria obesidade, como a redução do gasto energético total, ocasionado pelo aumento da ingestão calórica (BATSIS; VILARREAL, 2018). Adiciona-se a essa realidade a presença do sedentarismo e dos hábitos alimentares inadequados, influenciando na modificação da composição corporal e no declínio da massa muscular (LANDI *et al.*, 2016).

Assim, embora sejam reconhecidas as implicações e repercussões metabólicas ocasionadas pela OS, a síndrome ainda é sub-diagnosticada na prática clínica, em virtude da ausência de consenso diagnóstico nos pontos de cortes e testes padronizados. Desse modo, o diagnóstico da OS é obtido por meio da avaliação tanto da obesidade quanto da sarcopenia. (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

Existe uma grande variação nos métodos e pontos de corte para definição da obesidade, sendo que um dos critérios mais utilizados é o índice de massa corporal (IMC=kg/m2). Este parâmetro é um bom indicador para detectar o risco para comorbidades, entretanto pode ocorrer uma subestimação da quantidade real de gordura, pela não diferenciação de massa gorda de massa magra ou ainda por uma superestimação relacionada com a altura, em virtude de processos musculoesqueléticos decorrentes do envelhecimento como a cifose, escoliose e osteoporose. Por este motivo, há um ponto de corte específico para a população idosa, em que se considera o IMC > 27kg/m$^2$ como excesso de peso e IMC > 30kg/m$^2$ como obesidade (LIPSCHITZ, 1994).

Outro recurso que também pode ser utilizado é a medida da circunferência abdominal (CA), que avalia a obesidade central e pode ser um substituto na medida da adiposidade visceral. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000) os parâmetros de corte da CA, indicativos de obesidade central, são: > 102 para homens e >88 cm para mulheres, entretanto, ainda não há pontos de corte específicos para a população idosa. Existe ainda o percentual de massa (%FM) que avalia a gordura corporal total, entretanto, não fornece dados de sua distribuição (MAYORAL *et al.*, 2020).

Já a sarcopenia pode ser diagnosticada a partir da avaliação de duas variáveis: baixa força muscular e baixa massa muscular. O baixo desempenho físico é utilizado como critério para considerar a sarcopenia como grave (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

A força muscular é comumente avaliada pela força da preensão palmar (FPP), definida como a força máxima derivada da contração combinada dos músculos extrínsecos e intrínsecos que conduzem à flexão de junções da mão (DODDS *et al*., 2016). Um estudo realizado com idosos na comunidade, no Rio Grande do Sul, com o objetivo de verificar a FPP segundo a fragilidade, evidenciou que idosos frágeis tem menor força de preensão manual quando comparados a idoso sadios (TIECKER; PILLAT; BERLEZI, 2018).

Outra pesquisa realizada com 1168 idosos comunitários pertencentes ao Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), mostrou que 30,9% dos idosos possuíam dinapenia, que o termo utilizado para definir a perda de força muscular não causada por doenças neurológicas ou musculares e sim ao relacionada ao próprio envelhecimento. Além disso, fatores como a osteoartrite, escolaridade, ser ex-fumante e apresentar valores baixos de hemoglobina foram associados à dinapenia (ALEXANDRE *et al*., 2019).

A avaliação da FPP é usualmente mensurada utilizando os dinamômetros que fornecem as medidas de forças isométricas e isocinéticas em várias velocidades angulares. Outros testes para avaliação da força muscular também podem ser utilizados como o *"Chair stand test"*,*"Timed chair stand"* e medida da Força de extensão do quadríceps.(CRUZ-JENTOFT *et al*., 2010). Para a avaliação da força muscular com o dinamômetro, o idoso deve ficar na posição sentada, na qual os quadris e os joelhos se encontrarão fletidos a 90°, ombro aduzido em posição neutra, cotovelo fletido a 90º e antebraço em semi pronação.

Os testes devem ser realizados três vezes, de maneira alternada, começando na mão dominante e, em seguida, pela mão não dominante com intervalo de sessenta segundos entre cada avaliação a fim de evitar fadiga durante o teste. A força é aplicada durante 5 segundos para cada tentativa, e a análise dos resultados considera a medida de maior valor. Com base na definição *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP), os pontos de corte para força de preensão são <20 kg para mulheres e <30 kg para homens (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

Quando a avaliação da força muscular não é possível em decorrência de incapacidades nos membros superiores (por exemplo, em idosos com artrite ou acidente vascular cerebral), o teste de suporte da cadeira pode ser utilizado. Mede-se a quantidade de tempo necessário para que o indivíduo se levante cinco vezes a partir de uma posição sentada sem usar os braços (BEAUDART *et al*., 2016). Uma versão deste é o teste da cadeira com apoio temporizado

que avalia quantas vezes, num intervalo de 30 segundos, o indivíduo senta e levanta de uma cadeira (CRUZ-JENTOFT *et al*, 2019).

A determinação da massa muscular para o diagnóstico da sarcopenia é um desafio nos serviços de saúde, visto que, os métodos para determinar com precisão esta medida requerem altos custos. Dessa forma algumas medidas antropométricas de baixo custo e obtenção são utilizadas como alternativa para avaliação da massa muscular, como a circunferência do braço (CB) e a circuferência da panturrilha (CP) (PAGOTTO et al., 2018).

Para aferir a CP deve-se utilizar uma fita inelástica com o idoso em posição ereta, pés afastados 20 cm, na máxima circunferência no plano perpendicular à linha longitudinal da panturrilha. Os pontos de corte para CP variam conforme a literatura, em que valores de 31-35 cm para mulheres e 33-34 cm para homens são considerados preditores de baixa massa muscular (ROLAND *et al.*, 2003; TANAKA *et al.*, 2015; AKIM *et al.*, 2015; LOHMAN *et al.*, 1988; HABICHT, 1974)

A avaliação da CP poderá ser realizada na atenção primária, uma vez que a caderneta de saúde da pessoa idosa permite o monitoramento da sarcopenia, mostrando que se o perímetro da panturrilha for inferior a 31 cm será indicativo de redução da massa muscular estando associado ao maior risco de queda, diminuição da força muscular e dependência funcional (BRASIL, 2017, p. 16).

Além das medidas antropométricas, o diagnóstico de baixa massa muscular pode ser realizado por meio de absortometria por dupla emissão de raios-X (DEXA), tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e bioimpedância elétrica (BIA). A RM e a TC são consideradas padrões-ouro para avaliação da quantidade/qualidade muscular. No entanto, esses dois métodos de verificação não são utilizados rotineiramente, devido aos altos custos, necessidade de pessoal capacitado e ausência de pontos de corte bem definidos (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

A DEXA é uma das técnicas recomendadas pelo Consenso Europeu de Sarcopenia para estimar a massa muscular (CRUZ-JENTOFt *et al.*, 2019). Este método é capaz de medir a massa óssea, o conteúdo de gordura e de tecidos livres de gordura em cada segmento do corpo, bem como sua distribuição percentual, segmentar e total (HUNTER; NAGY, 2002).

Os pontos de corte para baixa massa muscular por meio da DEXA são diferentes a depender do critério utilizado. Baumgartner *et al* (1998) por exemplo, avaliaram a massa muscular dos quatro membros, mensurada pela

DEXA, como massa muscular esquelética apendicular (MMEA) e definiram o índice de massa muscular esquelética apendicular (IMME), sendo MMEA/ altura$^2$. Os pontos de corte utilizados no estudo foram IMMEA <7,26 kg/ m2 para homens e IMMEA <5,45 Kg/m 2 para mulheres. Já Studenski *et al* (2014) propuseram a avaliação do MMEA ajustada pelo IMC (MMEA/ IMC), em que era considerada baica MMEA/IMC <0.789 para homens e <0.512 para mulheres.

Embora amplamente recomendado, a utilização do equipamento DEXA em pesquisas ainda encontra algumas barreiras, principalmente devido aos altos custos da ferramenta, a exposição a radiação e a não portabilidade (NETO; RIBEIRO, 2018).

Já a BIA serve para determinar a composição corporal segundo os parâmetros de massa de gordura corporal (MG), massa livre de gordura (MLG), massa de água intracelular (AIC), massa de água extracelular (AEC) e a massa de água corporal total (ACT) (SILVA; CARVALHO; FREITAS, 2018). O teste é considerado barato, de fácil aplicação, reproduzível e apropriado para pacientes ambulatoriais e acamados (CRUZ-JENTOFFFT, 2010).

Para a realização da análise de impedância bioelétrica corporal o idoso deve ser posicionado em decúbito dorsal sobre uma maca de maneira confortável e relaxada, sem calçados, meias, relógios, pulseiras ou afins. As pernas devem ser bem afastadas, as mãos abertas e apoiadas na maca. Os eletrodos devem ser posicionados nos seguintes pontos anatômicos: 1) Pé direito: o eletrodo distal na base do dedo médio e o eletrodo proximal um pouco acima da linha da articulação do tornozelo, entre os maléolos medial e lateral. 2) Mão direita: o eletrodo distal na base do dedo médio e o eletrodo proximal um pouco acima da linha da articulação do punho, coincidindo com o processo estiloide. Em seguida deve ser conectado o cabo sensor no monitor e suas extremidades, nos eletrodos, sendo o clip preto do sensor para eletrodos distais e o clip vermelho para eletrodos proximais (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2019).

Segundo os parâmetros para idosos de Janssen *et al* (2004) que considera valores de Índice de Massa Muscular (IMM)= MM (kg)/ estatura (m)2 para diagnosticar a sarcopenia, é considerado baixa força muscular o valor ≤ 6,75 kg/m2 para mulheres e ≤ 10,75 kg/m2 para homens. Já Chien *et al* (2008), considera o IMME para diagnóstico de sarcopenia, em que é considerado baixa massa muscular para homens o valor ≤ 8,87 kg / m 2 e para mulheres ≤ 6,42 kg / m2.

As ferramentas disponíveis para verificação do desempenho físico incluem o teste de velocidade de marcha, *walk test- 400m*, *Short physical performance battery* (SPPB) e o *Timed Up and Go Test* (TUG) (TOURNADRE et al., 2019). O *TUG* verifica a mobilidade funcional e o risco de quedas em idosos por meio da mensuração da velocidade para a realização da seguinte tarefa: levantar de uma cadeira (de aproximadamente 46 cm), caminhar em uma linha reta a 3 metros de distância, virar (giro de180º), caminhar de volta e sentar-se novamente. Quanto menor o tempo utilizado, melhor é o desempenho no teste. O desempenho físico baixo será utilizado como indicativo de sarcopenia grave. (CAMPOS; FELIPPE, 2016).

Dados os diferentes critérios diagnósticos para avaliação da obesidade sarcopênica e seus pontos de corte, o quadro a seguir sintetiza as principais metodologias empregadas universalmente.

**Quadro 1**: Critérios para avaliação da obesidade sarcopênica

| CRITÉRIOS PARA AVALIAÇÃO DA OBESIDADE SARCOPÊNICA | | | |
|---|---|---|---|
| **Massa muscular** | **Força Muscular** | **Desempenho Muscular** | **Estado Nutricional** |
| Ressonância Magnética (RNM) | Preensão palmar (Dinamomêtro) | Velocidade de marcha | Índice de Massa Corpórea |
| Tomografia Computadorizada (TC) | Chair stand test | Timed Up and Go Test | % de massa adiposa |
| Densitometria (DEXA) | Força de extensão do Quadríceps | Short physical performance battery | circunferência da cintura (CC) |
| Bioimpedância (BIA) | Timed chair stand | Walk test – 400m | Área de adiposidade visceral |
| Circunferência da Panturrilha (CP) | - | - | - |

Fonte: O autor

As estratégias de tratamento para a OS incluem intervenções no estilo de vida como a restrição calórica, exercícios físicos, exercícios resistidos e suplementação de proteína.

Recomenda-se a restrição calórica de 500 a 1000 kcal por dia, com a redução de 0,5 quilos por semana ou a redução de 8% a 10% da massa corporal em seis meses. Acredita-se que estratégias de déficits energéticos proporcionados por restrições calóricas associadas com p treinamento físico podem manter o ganho de massa e contribuir para a perda de peso a longo prazo (BATSIS; VILLAREAL, 2018).

Além disso, sugere-se o consumo diário de 1,0 a 1,2 g de proteína por quilo para o tratamento da OS. Acredita-se que o consumo de proteína na dieta estimule a síntese proteica contribuindo para o aumento da massa e da força muscular. Ademais, acrescenta-se que uma alta ingestão de proteína combinada com exercícios resistidos podem preservar a massa magra apendicular durante a perda de peso (BATSIS; VILLAREAL, 2018).

Em relação aos exercícios físicos , indica-se na presença de OS, a prática de 150 minutos por semana de exercícios físicos moderados a intensos. Cabe ressaltar que as atividades aeróbicas reduzem o risco de mortalidade e o acometimento por doenças crônicas, em especial as doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 que comumente afetam os idosos. Além disso, está associado a melhor qualidade do sono, redução de quedas, câncer, obesidade e risco para limitações funcionais e incapacidades (KOSTER; STENHOLM; SCHRAK, 2018).

Já o treinamento resistido é uma modalidade de exercício físico eficaz para reverter a OS em idosos, uma vez que, contribui para a perda de peso, manutenção da força muscular, autonomia e mobilidade. (SANTOS; NETO, 2017). Estudos mostram que o treino resistido

pode contrariar a perda muscular decorrente do envelhecimento via atenuação da apoptose do músculo e melhorar a funcionalidade de idosos (VILLAREAL *et al.*, 2017; CHEN *et al.*, 2017).

## Considerações finais

Diante do cenário de envelhecimento populacional, percebe-se que nem sempre a senescência acontece de maneira saudável. Os idosos estão inseridos no grupo etário mais acometido pela OS, em virtude principalmente do declínio da massa, da força muscular e do aumento de gordura corporal. Em adição, a literatura tem demonstrado que essa condição contribui para o desenvolvimento de desfechos adversos à saúde da pessoa idosa.

Enfatiza-se que a compreensão dos mecanismos que causam a doença é fundamental. Diante disso, são necessárias mais pesquisas que viabilizem uma definição universal para a doença, esclarecendo os mecanismos que contribuem para o desenvolvimento da síndrome, com o intuito de direcionar as intervenções de tratamento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AKIN, S. et al. Muscle function-dependent sarcopenia and cut-off values of possible predictors in community-dwelling Turkish elderly: calf circumference, midarm muscle circumference and walking speed.**European journal of clinical nutrition**, v. 69, n. 10, p. 1087, 2015.

ALEXANDRE, T.S et al. Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no Município de São Paulo-Estudo SABE.**Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180009, 2019.

BATSIS, J et al.. Sarcopenia, sarcopenic obesity and mortality in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey III. **Eur J Clin Nutr**, v. 68, n. 9, p. 1001-1007, 2014.

BATSIS, J.A.; VILLAREAL, D.T. Sarcopenic obesity in older adults: aetiology, epidemiology and treatment strategies. **Nature Rev Endocrinol**, v. 14, n. 513–537, 2018.

BAUMGARTNER, R.N et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico.**American journal of epidemiology**, v. 147, n. 8, p. 755-763, 1998.

BIZRI, E.L.; BATSIS, J.A. Linking epidemiology and molecular mechanisms in sarcopenic obesity in populations. **Proceedings of the Nutrition Society**, p. 1-9, 2020.

BRUM, C.N et al. Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

CHADID, S et al. Midlife weight gain is a risk factor for obesity-related cancer.**British journal of cancer**, v. 118, n. 12, p. 1665-1671, 2018.

CHENG, F.W et al. Obesity as a risk factor for developing functional limitation among older adults: A conditional inference tree analysis. **Obesity**, v. 25, n. 7, p. 1263-1269, 2017.

CHIEN, M.Y; HUANG, T.Y; WU, Y.T. Prevalence of sarcopenia estimated using a bioelectrical impedance analysis prediction equation in community- dwelling elderly people in Taiwan. **Journal of the American Geriatrics Society**. v.56, n.9, p. 1710 - 5, 2008.

CRUZ-JENTOFT, A.J et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. **Age and ageing**, v. 39, n. 4, p. 412-423, 2010.

CRUZ-JENTOFT, A.J et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age and ageing**, v. 48, n. 1, p. 16-31, 2019.

COSTA, C.S; SCHNEIDER, B.C; CESAR, J.A. Obesidade geral e abdominal em idosos do Sul do Brasil: resultados do estudo COMO VAI?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3585-3596, 2016.

DODDS, R.M et al. Global variation in grip strength: a systematic review and meta-analysis of normative data.**Age and ageing**, v. 45, n. 2, p. 209-216, 2016.

FELIPPE, L.A; CAMPOS, D.M. Perfil da Fragilidade em Idosos Participantes de um Centro de Convivência em Campo Grande-MS.**Journal of Health Sciences**, v. 18, n. 4, p. 224-8, 2016.

FERREIRA, A.P.S.; SZWARCWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Rev. Bras. Epidemiol**. v. 22, n. E190024, 2019.

GARCIA, M. A et al. Demography of Aging. In: Handbook of Population. **Springer**, Cham, 2019. p. 143-161.

HABICHT, J. Estandarización de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno.**Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP); 76 (5), mayo 1974**, 1974.

HUNTER H.L, NAGY, T.R. Body composition in a seasonal model of obesity: longitudinal measures and validation of DXA.**Obesity Research**, v. 10, n. 11, p. 1180-1187, 2002.

HU, L et al. Prevalence of overweight, obesity, abdominal obesity and obesity -related risk factors in southern China. **PloS one**, v. 12, n. 9, 2017

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativa da população residente**, 2019. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 02/06/2020.

JANSSEN, I et al. Skeletal muscle cut-points associated with elevated physical disability risk in older men and women. **American Journal of Epidemiology.** v.159, n.4, p.413 - 21, 2004.

KADOUH, H.C; ACOSTA, A. Current paradigms in the etiology of obesity. **Techniques in Gastrointestinal Endoscopy**, v. 19, n. 1, p. 2-11, 2017.

KAWAKAMI, R et al. Calf circumference as a surrogate marker of muscle mass for diagnosing sarcopenia in J apanese men and women.**Geriatrics & gerontology international**, v. 15, n. 8, p. 969-976, 2015.

KEMMLER, W. et al. Prevalence of sarcopenic obesity in Germany using established definitions. **Osteoporos Int**, v. 27, n. 1, p. 275-281, 2015.

KHOR, E. Q. et al. Obesity definitions in sarcopenic obesity: differences in prevalence, agreement and association with muscle function. **The Journal of Frailty & Aging**, v. 9, n. 1, p. 37-43, 2020.

KOSTER, A; STENHOLM, S; SCHRACK, J.A. The benefits of physical activity for older people. In:The Palgrave handbook of ageing and physical activity promotion. **Palgrave Macmillan,** Cham, 2018. p. 43-60.

KWON, Y.N; YOON, S.S; LEE, K.Sarcopenic obesity in elderly Korean women: a nationwide cross-sectional study. **Journal of bone metabolism,** v. 25, n. 1, p. 53-58, 2018.

LANDI, F. et al. Anorexia of aging: risk factors, consequences, and potential treatments. **Nutrients**, v. 8, n. 2, p. 69, 2016.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**, v. 21, n. 1, p. 55-67, Mar 1994. ISSN 0095-4543.

LOHMAN, T.G. et al.**Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Human kinetics books, 1988.

MALENFANT, J.H.; BATSIS, J.A. Obesity in the geriatric population – a global health perspective. **J Global Health Rep**, v. 3, p. 1–7 2019.

MARGARETA, A.P.S et al. Physical mobility, physical activity, and obesity among elderly: findings from a large population-based Swedish survey. **Public Health**, v. 147, p. 84-91, 2017.

MAYORAL, L.P et al. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. **The Indian Journal of Medical Research**, v. 151, n. 1, p. 11, 2020.

MILLER S, WOLFE RR. The danger of weight loss in the elderly. **J Nutr Health Aging**, v. 12, n. 7, p. 487-491, 2008.

NETO, J.V; RIBEIRO, S.M.L. Concordância do diagnóstico de sarcopenia por diferentes propostas de avaliação, por BIA e DEXA. **RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 12, n. 74, p. 776-785, 2018.

OCHOA-VÁZQUEZ, J et al. El envejecimiento: Una mirada a la transición demográfica y sus implicaciones para el cuidado de la salud. **Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social**, v. 26, n. 4, p. 273-280, 2019.

OLIVEIRA NETA, R.S. et al. Sarcopenia, funcionalidade e estado nutricional em idosas residentes na comunidade. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. v. 21 n. 3, 2018.

OTAKI, N et al. Relationship between breakfast skipping and obesity among elderly: Cross-sectional analysis of the Heijo-Kyo study. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 21, n. 5, p. 501-504, 2017.

ROLLAND, Yet al. Sarcopenia, calf circumference, and physical function of elderly women: a cross-sectional study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 8, p. 1120-1124, 2003.

SANTOS, C.M et al. Prevalence of obesity, sarcopenic obesity and associated factors: A FIBRA Network study. **Fisioterapia em Movimento**, v. 30, p. 161-169, 2017.

SILVA, D. L. S.; SOUZA, I. T. I.; TORRES, M. V. Perfil Multidimensional da População Idosa do Bairro São Pedro em Teresina.**Piauí. Rev. Fisioter S Fun**, v. 2, n. 2, p. 13-20, 2013.

SILVA, M.M; CARVALHO, R.S.M; FREITAS, M.B. Bioimpedância para avaliação da composição corporal: uma proposta didático-experimental para estudantes da área da saúde.**Revista Brasileira de Ensino de Física**, v. 41, n. 2, 2019.

SILVA, O.A. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, 2019.

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, p. 903-912, 2018.

STUDENSKI, S.A et al. The FNIH sarcopenia project: rationale, study description, conference recommendations, and final estimates.**Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 69, n. 5, p. 547-558, 2014.

TIECKER, A.P; PILLATT, A.P; BERLEZI, E.M. Análise da força muscular de idosos segundo fragilidade. **XV Jornada de Estudos em Fisioterapia e XII Seminário de Socialização dos Estudo em Fisioterapia**, 2018.

TOURNADRE, A et al. Sarcopenia.**Joint Bone Spine**, v. 86, n. 3, p. 309-314, 2019.

TYROVOLAS, S. et al. Fatores associados à massa muscular esquelética, sarcopenia e obesidade sarcopênica em idosos: um estudo em vários continentes. **J Músculo Caquexia Sarcopenia**, v. 7, p. 312–21. 2016.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing**. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf. Acesso em: 02/06/2020.

VILLAREAL, D.T. et al. Aerobic or resistance exercise, or both, in dieting obese older adults.**New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 20, p. 1943-1955, 2017.

BISCHOFF-FERRARI, H. A. *et al*. Comparative performance of current definitions of sarcopenia against the prospective incidence of falls among community-dwelling seniors age 65 and older. **Osteoporosis International**, v. 26, n. 12, p. 2793-802, 2015.

SCOTT, D. *et al*. Associations of Sarcopenia and Its Components with Bone Structure and Incident Falls in Swedish Older Adults. **Calcified Tissue International**, v. 105, n. 1, p. 26-30, 2019.

SCHAAP, L. A. *et al*. Associations of sarcopenia definitions, and their components, with the incidence of recurrent falling and fractures: the longitudinal aging study Amsterdam. **The Journals Gerontology**, series A, v. 73, n. 9, p. 1199–204, 2018.

MALMSTROM, T.K. *et al*. SARC-F: a symptom score to predict persons with sarcopenia at risk for poor functional outcomes. **Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle**, v. 7, n. 28–36, 2016.

BEAUDART, C. *et al*. Current review of the SarQoL®: a health-related quality of life questionnaire specific to sarcopenia. **Expert Review of Pharmacoeconomics & outcomes research**, v.17, n. 4, p. 335-41, 2017.

LOCQUET, M. *et al*. EWGSOP2 Versus EWGSOP1: impact on the prevalence of sarcopenia and its major health consequences. **JAMDA**, v. 20, p. 384–385, 2019.

CHEUNG C-L, LAM KSL, CHEUNG BMY. Evaluation of cutpoints for low lean massand slow gait speed in predicting death in the national health and nutritionexamination survey 1999– 2004. J **Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 71, p. 90–5, 2016.

BISCHOFF-FERRARI HA, ORAV JE, KANIS JA, et al. Comparative performanceof current definitions of sarcopenia against the prospective incidence offalls among community-dwelling seniors age 65 and older. **Osteoporos Int**, v. 26, p. 2793–802, 2015.

BEAUDART C, ZAARIA M, PASLEAU F, et al. Health outcomes of sarcopenia: a system-atic review and meta-analysis. **PloS One**, v. 12, n. e0169548, 2017.

BAUMGARTNER RN, WAYNE SJ, WATERS DL, et al. Sarcopenic obesity predictsinstrumental activities of daily living disability in the elderly. **Obes Res**, n. 12, p. 1995– 2004, 2004.

SOUSA AS, GUERRA RS, FONSECA I, et al. Financial impact of sarcopenia on hospi-talization costs. **Eur J Clin Nutr,** v. 70, p. 1046–51, 2016.

MALAFARINA, V. *et al*. Sarcopenia in the elderly: diagnosis, physiopathology and treatment. **Maturitas**, v. 71, n. 2, p. 109-14, 2012.

LANDI, F. *et al*. Sarcopenia: an overview on current definitions, diagnosis and treatment. **Current Protein and Peptide Science**, v. 19, n. 7, p. 633-8, 2018.

BEAUDART, C. *et al*. Sarcopenia in daily practice: assessment and management. **BMC Geriatrics**, v. 16, p. 170, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.** Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 4ed. 2017. 60p.

# "COVID-19 E AS AÇÕES PEDAGÓGICAS REMOTAS DO NUPATI/ UFS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL"

Liliádia da Silva Oliveira Barreto[1]
Miguel Arturo Chamorro Vergara[2]
Noêmia Lima Silva[3]

**Resumo:** Grande aliada para o cumprimento das medidas de saúde recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020) de enfrentamento ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem sido a educação em saúde dirigida às pessoas idosas afetadas pela restrição da convivência social com outras pessoas em ambientes reais. Objetivo: evidenciar alternativas remotas de convivência social trabalhadas por ações pedagógicas para o cumprimento das medidas sanitárias voltadas para o envelhecimento saudável, fundamentada no conceito ampliado de saúde de "completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade"(BRASIL, 2002). Metodologicamente, analisou as Oficinas Pedagógicas desenvolvidas pelo Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe (NUPATI/UFS) com foco no detalhamento da ação pedagógica remota sobre o cuidado em saúde para um envelhecimento saudável, trabalhada em um dos módulos destas oficinas. Resultados apontaram melhoras na situação de vida dos idosos em isolamento social ativada pelos cuidados

1 Doutora em Saúde Coletiva especializada em Ensino na Saúde. Grupo de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento Humano e da Saúde Global. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso e vice-Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe – UFS, liliadia.barreto@gmail.com

2 Professor do Curso de Sociologia da Universidade Federal da Bahia e Colaborador do do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe - NUPATI/UFS, BA - mikevergara@hotmail.com;

3 Doutora em Educação especializada Gerontologia. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento Humano. Professora do Departamento de Serviço Social, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe – UFS, noemialimasilva@gmail.com

saúde para a convivência social remota como uma alternativa segura de enfrentamento COVID-19. O impacto do distanciamento, do movimento e mudanças de comportamentos fundamentaram as reflexões para responder às necessidades de saúde da pessoa idosa na dinâmica proposta pelo envelhecimento ativo em tempos de pandemia. Concluiu-se que apesar da experiência humana da pandemia implicar ganhos e perdas, a inclusão digital para o idoso se apresentou como uma alternativa benéfica para quebra do isolamento social de forma segura promotora de um ambiente saudável de convivência inibidora dos riscos e pânicos desencadeados no contexto.

**Palavras-Chave:** COVID-19. Educação em Saúde. Envelhecimento Saudável. Inclusão Digital. Oficinas Pedagógicas.

## I Introdução

As grandes transformações sócio comportamentais, econômicas e sanitárias provocadas pela doença COVID-19 afetaram diferentes países no mundo inteiro a partir do final do ano de 2019, e à nação brasileira atingida a partir de fevereiro de 2020. A COVID-19 é uma doença provocada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), novo coronavírus surgido de um grupo de vírus da família dos coronavírus que tem como principal manifestação sintomática a semelhança de uma gripe de grau leve a moderado podendo evoluir para quadro viral de pneumonia grave com risco de morte, especialmente nos chamados grupos de riscos: pessoas idosas e/ou que possuam alguma morbidade vinculada às doenças da diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, obesidade e câncer (BRASIL, 2020).

O Sars-CoV-2 é um vírus pouco conhecido cientificamente, de natureza sintomática diversa ou assintomática que provoca contaminação por gotículas respiratórias em contato próximo com indivíduos infectados e disseminação rápida entre seres humanos.

Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto viral da COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional elevada à Pandemia Global quando foram observados no mundo inteiro o registro acelerado de casos de contaminação da doença com incidência trágica na China, local que originou a disseminação do vírus.

A Declaração da Pandemia Global foi emitida pela OMS com base no Regimento Sanitário Internacional (RSI, 2005) que associa aos países membros o cumprimento das recomendações temporárias de Medidas de Saúde Pública, Notificações e Informações Detalhadas com Responsabilidade designada para implementação, socialização das informações e manutenção da comunicação permanente para garantir a transparência na condução da emergência conforme quadro 1 apresentou o detalhamento destas recomendações.

Quadro 1: Detalhamento das Recomendações dadas pela OMS conforme RSI (2005)

| Recomendações Temporárias da OMS | |
|---|---|
| População em geral | • Práticas de higiene respiratória e das mãos, seguindo práticas alimentares seguras e procurar orientação médica caso ocorra sintomas da COVID -19. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | |
|---|---|
| Trabalhadores da Saúde | • Utilizar Protocolo de Controle de Infecção (PCI) com plano de treinamento, plano de conduta e equipe de apoio;<br>• Aplicar precauções padrão: higiene respiratória e das mãos, uso de equipamento de proteção individual (EPI) adequado de acordo com a avaliação de riscos, práticas de segurança de injeção, gerenciamento seguro de resíduos, roupas de cama adequadas, limpeza ambiental e esterilização do equipamento de atendimento ao paciente;<br>• Assegurar proteção ao paciente com recomendações de higiene e oferta de materiais de proteção no atendimento. |
| Pessoas com suspeita de contaminação | • Isolamento domiciliar adequado e acompanhado por profissionais de saúde;<br>• Capacitar paciente e família a seguir as precauções (higiene das mãos, higiene respiratória, limpeza ambiental, limitação de movimento, lavagem dos alimentos, etc.) ;<br>• Garantir segurança de riscos por ingestão acidental e incêndios. |
| Comunicação de risco e engajamento comunitário | • Comunicação regular proativa e transparente sobre o COVID-19: o que é conhecido, o que é desconhecido e o que está sendo feito para obter mais informação, de forma a minimizar as consequências adversas;<br>• Exercer vigilância, notificação de casos, rastreio de contatos, cuidados com os doentes, prestação de cuidados clínicos e recolha de apoio local para quaisquer necessidades logísticas e operacionais para a resposta. |
| Viajantes | • Higiene pessoal, etiqueta da tosse e manter uma distância de pelo menos um metro de pessoas que apresentam sintomas;<br>• Desaconselha restrições de viagens ou comércios a países com surto. |
| Estados Membros | • Capacitar antecipadamente o país para responder pronta e eficazmente a riscos e emergências em saúde pública de importância internacional;<br>• Criar um Comitê de Emergência de Saúde Internacional;<br>• Elaborar Planos de contingência para saída e entrada de pessoas, bagagens e bolsas, objetos e produtos do país;<br>• Garantir a identificação oportuna de casos suspeitos, a coleta e envio de amostras a laboratórios de referência, a implementação de protocolos de vigilância, notificação de novos casos e controle de riscos com estatísticas de óbitos;<br>• Implantar Medidas de Saúde que deverão ser empregadas considerando as dificuldades confrontadas. |

**Fonte:** Recomendações da Opas/OMS, janeiro de 2020 disponível em www.paho.org/bra.

Considerando a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional países de todos os continentes passaram a se organizar de forma

a atender as recomendações dadas pela OMS(2020) conforme dados mais específicos iriam se somando ao contexto de cada nação.

Estas medidas de saúde desenharam um cenário detalhado pela paralisação das atividades produtivas dos países associado ao isolamento social e distanciamento entre pessoas pelo medo da disseminação do vírus e do pânico pelo risco de contaminação da COVID-19, especialmente em pessoas idosas e com alguma morbidade de saúde.

A propagação das medidas de saúde de restrição sanitária e as construções internas da política econômica do Brasil de contenção da doença para o período de pandemia global paralisou os meios de produção material responsável pela sustentabilidade do país e retirou dos indivíduos o direito fundamental da pessoa humana que é a vida (ONU, 1948) em seus movimentos, produtividade e socialização dos espaços de convivência social.

As configurações epidemiológicas do contexto representaram o desafio dos países encontrar subsídios e insumos para o enfrentamento do quadro sanitário complexo de convivência com o Sars-CoV-2, registrando mundialmente a necessidade das pessoas se reinventarem socialmente para o enfrentamento da pandemia global de combate à COVID-19.

Novas Tecnologias ampliaram as possibilidades de comunicação e informação entre sujeitos em diferentes conjunturas sociais e demográficas assistidas pelo implemento eletrônico dos sistemas de largo alcance e circulação sem fronteiras, ocasionado pelos meios de encurtamento das distâncias, acesso rápido e dinâmico de forma virtual.

Demograficamente, o acelerado processo de envelhecimento humano promoveu a ampliação das necessidades de saúde sem respostas sanitárias e políticas para o enfrentamento da pandemia global provocada no contexto.

As Medidas de Saúde recomendadas pela OMS(2020) foram consideradas a melhor alternativa para resguardar a integralidade da saúde física das pessoas e foram também, responsáveis pelo redirecionamento dos comportamentos diversos de reinvenção da vida, especialmente entre idosos submetidos ao isolamento social e distanciamento de seus pares mais próximos, consequência da retirada do direito deles de ir e vir e ao livre acesso aos ambientes de convivência social.

A justificativa para a escolha do tema está vinculada ao fenômeno assistido no contexto da pandemia global de aproximação da pessoa idosa dos meios tecnológicos de comunicação como um movimento de reinvenção da situação vivenciada e como alternativa para a sobrevivência do envelhecimento

ativo de forma a responder necessidades de saúde em meio ao isolamento social imposto.

O estudo analisou a experiência dos alunos participantes do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade (NUPATI) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) a partir da convivência remota na execução do Projeto Oficinas Pedagógicas submetido como uma proposta de enfrentamento aos desafios da COVID-19 denominado *"Longe viver em Tempos de Pandemia: Orientação e Cuidados com Pessoas Idosas*"[4].

O NUPATI/UFS foi criado em 10 de setembro de 1998 vinculado à Pró Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários – PROEX numa perspectiva vanguardista de acompanhamento das alterações da pirâmide etária brasileira estampada nos quadros estatísticos do mundo inteiro. O Núcleo tem por finalidade promover a cidadania da pessoa idosa, desenvolvendo ações integradas de forma transversal, implementando o tripé da universidade (ensino, pesquisa, extensão). Os princípios balizadores de sua formação estão fundamentados nos conceitos da Geriatria, Gerontologia e Direitos Humanos, sustentados pela legislação brasileira: Constituição Federal de 1988; Lei nº 8842/1996 - Política Nacional do Idoso e Lei 10.741/2003 – Estatuto do Idoso.

O NUPATI/UFS durante seu percurso de mais de 20 anos de existência teve suas ações pedagógicas expandidas no meio acadêmico científico e na sociedade com o desenvolvimento de programas e projetos socioeducativos aplicados na contra mão da diversidade conceitual de compreender o idoso protagonizando sua própria história.

O Núcleo por meio de suas ações deu visibilidade e cientificidade ao caráter educacional da inclusão social do idoso no meio acadêmico. O idoso ao fazer parte da academia se permitiu ressignificar seu direito de envelhecer produzindo ciência e convivendo diariamente de forma intergeracional num mesmo contexto de aprendizagem e oportunidades.

Contexto mundial declarado pela OMS em março de 2020 como Pandemia da COVID-19, exigiu do Núcleo avaliar as condições de convivência humana e do processo de trabalho das pessoas para a preservação da

4 O Projeto foi submetido ao Edital RAEX/UFS - 15/2020 Edital de Registro - Programa de Atuação junto a População Vulnerável: Desenvolvimento de ações voltadas a jovens adultos e idosos em situação de vulnerabilidade social, que após aprovação teve registro no Sistema de Gestão Administrativa Acadêmica (SIGAA) da UFS como projeto de extensão ofertado para alunos interessados em participar.

saúde e proteção da vida de todos. Esta avaliação deu um ressignificado ao que foi recomendado como medidas de proteção sanitária de isolamento social e distanciamento das pessoas de forma a não aglomeração, e aproximação dos vínculos sociais de convivência.

O objetivo do trabalho foi evidenciar alternativas remotas de convivência social e ações pedagógicas orientadas para o cumprimento das medidas sanitárias voltadas para o envelhecimento saudável como uma proposta efetiva de enfrentamento à pandemia no cumprimento das medidas de saúde de forma segura e sem negligenciar o direito fundamental que é a vida. O estudo está fundamentado no conceito ampliado da saúde de "completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade"(BRASIL, 2002)[5] em conformidade com a Lei nº 8080 de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS) que implantou o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Medidas de Saúde recomendadas pela OMS(2020) de restrições sanitárias de isolamento e distanciamento social foram trabalhadas com ações pedagógicas voltadas para o envelhecimento humano saudável.

Atenção do cuidado com a saúde considerou discutir o conceito ampliado de saúde e sua compreensão para o auto cuidado da saúde do idoso em contexto de confinamento e restrição ambiental de convivência humana.

O envelhecimento ativo considerou o processo de envelhecer da vida humana em condições integradas de cuidados de saúde físicos, psicológicos e socioambientais discutidos e avaliados na superação do entendimento do tratamento das doenças pela inclusão de um processo integrado do envelhecer de forma saudável, seja a pessoa idosa adoecida fisicamente ou não.

O diálogo sobre a atenção do cuidado em saúde e o envelhecimento ativo entre os idosos participantes das Oficinas Pedagógicas contemplaram a reflexão sobre o conceito ampliado de saúde e sua aplicabilidade para o desenvolvimento do auto cuidado com a saúde de forma promocional, preventiva e reabilitada na condição física, psicológica e social garantida por um processo ativo do envelhecer saudável.

O impacto do distanciamento, do movimento e mudanças de comportamentos fundamentaram as reflexões para responder às necessidades de saúde

5 Conceito preconizado pela OMS quando da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, de Alma Ata/URSS em 1978 - citado nas "Cartas de Promoção da Saúde " compilado no Documento elaborado pelo Ministério da Saúde no Brasil, em 2002.

ISBN 978-65-86901-26-9

da pessoa idosa na dinâmica proposta pelo envelhecimento ativo em tempos de pandemia. Concluiu-se que apesar da experiencia humana da pandemia implicar ganhos e perdas, a inclusão digital para o idoso se apresentou como uma alternativa benéfica para quebra do isolamento social de forma segura promotora de um ambiente saudável de convivência inibidora dos riscos e pânicos desencadeados no contexto.

## II Metodologia

O estudo discutiu as medidas de saúde recomendadas pela OMS de acordo com as determinações de vigilância epidemiológica apresentadas pelo Regimento Sanitário Internacional (RSI) 2005 que orienta os países quanto às ações restritivas de mobilidade urbana sanitária e isolamento social. Marco temporal considerou a aplicação dessas medidas de saúde apresentadas em 18 de março de 2020 quando a OMS declarou o surto viral da COVID-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional elevada à Pandemia Global.

A experiência do ensino remoto desenvolvido pela coordenação e grupo de professores colaboradores do NUPATI/UFS serviu para contextualizar a aplicação do conceito ampliado de saúde como prática do cotidiano da vida do idoso em ações de auto cuidado para o enfrentamento da pandemia global declarada.

O material pesquisado foi consultado no acervo bibliográfico e documental do Portal da Biblioteca Virtual da Saúde - BVS (http://brasil.bvs.br/) nas Bases de Dados da Organização Mundial da Saúde – WHOLIS (www.who.int), da Organização Pan Americana da Saúde – PAHO (www.paho.org) e do Ministério da Saúde - MS (http://bvsms.saude.gov.br/).

O levantamento dos dados foi retirado do material produzido no Brasil e por agências internacionais apresentados em relatórios, artigos, declarações e recomendações, material de cursos, cartilhas, leis, pareceres e resoluções entre outros, também consultado no Repositório Institucional para Trocas de Informações - IRIS (https://iris.paho.org) da OMS/Opas no Brasil (https://www.paho.org/br).

A revisão bibliográfica envolveu a narrativa da literatura publicada online sobre preocupações de convivência do idoso em meio social no enfrentamento de combate à pandemia da COVID-19 em consulta aos artigos científicos e vídeos instrucionais de instituições de pesquisa, ensino, programas do governo

federal e agências de fomento, revistas de veiculação internacional, especificamente consultadas as bases de dados da OMS (https://news.un.org/pt/tags/organizacao-mundial-da-saude), da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/covid19) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco (www.abrasco.org.br) com documentos pesquisados de acesso público. Além disto, outros dados foram gerados de forma qualitativa coletados por meio do método etnográfico de observação participante que procurou o registro dos detalhes da convivência social remota dos idosos participantes da Oficina Pedagógica "Saúde e Envelhecimento Ativo".

As Oficinas Pedagógicas fizeram parte de uma das ações de enfrentamento à COVID-19 promovidas pelo NUPATI/UFS em cumprimento ao Edital RAEX/UFS nº 15/2020 - Programa de Atuação junto a População Vulnerável. Metodologicamente, foram trabalhadas em três dimensões: 'saúde e envelhecimento ativo', 'educação e sociedade' e 'religiosidade e cultura', organizadas em 10 módulos temáticos de ações pedagógicas remotas, periodicidade semanal e duração de quatro horas desenvolvidas durante os meses de setembro a novembro de 2020.

O estudo tomou como objeto de análise a Oficina Pedagógica desenvolvida no módulo - "A Atenção do Cuidado de Saúde e Envelhecimento Ativo" tratada pela Dimensão 1 - "Saúde e Envelhecimento Ativo' que teve como objetivo compreender o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo a educação em saúde como um equipamento estratégico necessário de enfrentamento e combate à COVID-19.

O módulo II - "A Atenção do Cuidado de Saúde e Envelhecimento Ativo" como ação pedagógica remota discutiu o processo de envelhecimento saudável tomando como princípio o conceito ampliado de saúde que requer atenção do cuidado em detrimento do tratamento de doenças sob a forma de práticas promocionais e preventivas de saúde nas quais se fazem presentes a educação em saúde como um aliado para o pleno acompanhamento do processo de envelhecimento humano de forma ativadora das condições de saúde e prevenção de agravos para o enfrentamento das condições de isolamento social e busca da convivência entre diferentes sujeitos de forma segura.

ISBN 978-65-86901-26-9

## III Referencial teórico

A pirâmide etária populacional do mundo identificou ao longo do século XX um processo de envelhecimento humano em vias largas com acelerado crescimento a partir dos anos de 1970, sinalizado por um rápido aumento do número de idosos em todos os continentes.

O cenário das grandes transformações contemporâneos incluiu o fenômeno do acelerado processo de envelhecimento humano como um marco determinante para se repensar o mundo com condições de acessibilidade e convivência da pessoa idosa em todos os espaços, considerado velho a pessoa com 60 anos ou mais e a velhice como elemento de inserção neste processo(OMS, 2015).

Dados do IBGE(2015) demostrou que, em 40 anos, a população idosa irá triplicar no Brasil, passando de 19,6 milhões (10% do total), em 2010, para 66,5 milhões de pessoas em 2050 (29,3%). Estimativas são de que a virada no perfil da população acontecerá em 2030, quando o número absoluto e o porcentual de brasileiros com 60 anos ou mais de idade vão ultrapassar o de crianças de até 14 anos. Em 2035, os idosos chegarão a 41,5 milhões (18% da população) e as crianças serão 39,2 milhões, ou 17,6%, segundo estimativas deste Instituto.

A população idosa mundial era estimada de 204 milhões de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, envelhecendo em países ricos como a França. No início do século XXI, este número passou para 900 milhões de pessoas e até 2050, a previsão é de 2 bilhões de idosos com proporção de aumento quase que dobrando de 12% para 22% entre os anos de 2015 a 2050 e com 80% desta população vivendo em países de baixa e média renda com um número maior de idosos avançando para a faixa etária dos 80 anos ou mais (OPAS, 2018).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015) identificaram uma população idosa mundial de 125 milhões de pessoas com 80 anos ou mais com previsão para 2050 de 120 milhões vivendo apenas na China e 434 milhões de pessoas nesta faixa etária em todo o mundo.

O fenômeno do acelerado processo de envelhecimento humano trouxe a identificação de vários condicionantes associados ao direito de envelhecer saudável, entre estes se destacaram a revolução eletro eletrônica de longo alcance para a comunicação e informações digitais e a biotecnologia como um dos grandes aliados para assegurar melhores condições de vida e saúde

ISBN 978-65-86901-26-9

da população com mecanismos avançados para elevar a qualidade de vida dos sujeitos e produzir meios para assegurar a longevidade dos anos das pessoas no mundo.

Em contrapartida, se pode observar também várias regiões do mundo assoladas por epidemias mortais ocasionadas pelo desenvolvimento urbano acelerado e o investimento tecnológico das cidades sem precedentes para as condições do trabalho multidimensional, ou a falta dele, provocando a disseminação dos surtos sem aparente causador de doenças como, a depressão, angústia e suicídios, cardiopatias, hipertensão, diabetes e câncer entre outras e, pelo retorno de doenças antigas causadas por mutações genéticas de vírus e/ou proliferação de bactérias circuladores dos grandes centros nos quais a rotatividade de pessoas de diferentes línguas e nações se cruzam e ocasionam o alojamento de epidemias de largas escalas e pandemias que não fazem acepção de pessoas, elevando os riscos da mortalidade e morbidade e agravando as condições de saúde de populações inteiras com ameaças comprometedoras do biológico, psicológico e social em todos os continentes.

Determinantes sociais de saúde definidos pela OMS(2006) como fatores relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, passaram a ser vinculados diretamente a fatores socioeconômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciadores da ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

Relatório sobre desenvolvimento humano sustentável do Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2019) indicou que o cuidado com a saúde das pessoas para atender aos determinantes sociais de saúde deveriam ser associados às políticas de redução das desigualdades sociais e não somente à ausência de doenças. Documentos de recomendação da OMS e outros órgãos internacionais evidenciam o alcance de melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer, além do convencimento individual de cada pessoa sobre participação pessoal no processo de ter saúde e a própria existência da vida.

Neste contexto, a medida de saúde recomendada pela OMS(2020) de isolamento social submetida aos idosos recolocou a incapacidade, dependência e perda da autonomia em reflexão às dificuldades impostas a estes sujeitos para participar ativamente da sociedade.

A Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional condicionou os países de todos os continentes para se organizarem, de forma a aplicar

as medidas de saúde recomendadas pela OMS (2020) conforme dados mais específicos se somavam ao contexto de cada nação.

Neste sentido, as configurações epidemiológicas do contexto representaram um desafio aos países encontrar subsídios e insumos para o enfrentamento do quadro sanitário complexo de convivência com o Sars-CoV-2, registrando mundialmente a necessidade de se reinventarem socialmente para o confinamento provocado pela pandemia global e pelo comportamento de medo e pânico associados.

Sem dúvida as Medidas de Saúde recomendadas pela OMS (2020) foram consideradas a melhor alternativa para resguardar a integralidade da saúde física das pessoas e foram também, responsáveis pelo redirecionamento dos comportamentos diversos de reinvenção da vida, especialmente entre idosos submetidos ao isolamento social e ao distanciamento das pessoas, consequência da retirada do direito deles de ir e vir e ao livre acesso aos ambientes de convivência social.

A aplicação das medidas de saúde elevou o índice do adoecimento humano dado pelo empobrecimento das condições de saúde observados pela convivência de pessoas em ambientes insalubres e pela falta de acesso aos bens e serviços fundamentais de proteção da vida.

Contextos socioambientais de grandes riscos à saúde do idoso foram evidenciados pela falta de saneamento básico, água potável, energia elétrica entre outros associados à falta de informações e orientações descontinuadas para o confinamento das pessoas que se agravaram por questões sociais de saúde mais urgentes. Documento apresentado pela Fundação Osvaldo Cruz sobre o suicídio na pandemia COVID-19 identificou que pessoas idosas convivendo em contextos de restrições expressaram maiores dificuldades para vivenciar situações de desamparo frente às situações de instabilidade dos vínculos afetivos, econômicos e/ ou políticos, desencadeando angústia, tristeza profunda e solidão (BRASIL, 2020).

Pessoas com mais de 60 anos, especialmente "quando residem sozinhos enfrentam maior risco de vulnerabilidade emocional que podem evoluir para estados depressivos ou mesmo depressão, cujo desfecho pode ser a ideação suicida, a tentativa de suicídio ou o suicídio propriamente dito"(BRASIL, 2020:8).

Os idosos vitimados por um controle sanitário, social e familiar de restrições severas para a vida comum com outras pessoas configuraram no contexto emergencial o potencial comprometimento da capacidade ativadora de um

envelhecimento saudável. No entanto, a situação de confinamento desses sujeitos também foram trabalhados por formas alternativas de enfrentamento aos riscos do adoecimento levados pelo isolamento social.

Recursos eletrônicos de comunicação áudio visual serviram em tempos de pandemia como um dos principais meios alternativos para a superação do confinamento entre pessoas idosas de forma segura e meio efetivo para responder às necessidades sociais de aproximação e convivência. As redes de comunicação e socialização remota serviram como meios potenciais de recuperação da capacidade do idoso ativar o envelhecimento saudável por ampliarem as possibilidades de convivência e socialização entre sujeitos em diferentes situações de riscos.

## IV Resultados e discussão

O NUPATI/UFS enfrentou grandes desafios para manter o trabalho pedagógico com alunos idosos considerando a necessidade de suspensão do trabalho pedagógico presencial decorrente do fechamento das portas institucionais da UFS, o público-alvo constituído aferidos como grupo de risco para o Sars-CoV-2 e a dificuldade de propor qualquer ação pedagógica socioeducativa pela via da comunicação eletrônica.

Comportamento sócio-político da gestão institucional para o cumprimento das medidas de saúde recomendadas pela OMS (2020) de enfrentamento à Pandemia COVID-19 foi estabelecido pela UFS em 17 de março de 2020 por meio da Portaria GR/UFS nº 241 que suspendeu as atividades acadêmicas presenciais e sugeriu como alternativa o ensino remoto emergencial(Art.1º/§ 1º).

O cumprimento deste documento associado ao paradigma da concepção ampliada de saúde que toma a vida como direito fundamental da pessoa humana foram discutidos pela coordenação, equipe de professores e colaboradores do NUPATI/UFS durante os meses de maior rigor de fechamento dos espaços pedagógicos de convivência social.

Contribuições para melhorar as condições de vida e saúde da pessoa idosa com alternativas para o pleno desenvolvimento do envelhecimento saudável foi extensivamente trabalhado por diferentes ações pedagógicas e instrucionais, voltadas para as atividades planejadas do ano de 2020 com vistas à manutenção da produção do conhecimento e desenvolvimento da capacidade técnica e institucional de intervenção sobre o cenário crítico que cobriu a realidade do

trabalho desenvolvido com os idosos decorrente do surgimento do contexto de pandemia global COVID-19.

As ações pedagógicas remotas do NUPATI/UFS foram desenvolvidas desde os primeiros meses como um dispositivo, a princípio informativo e orientador sobre o comportamento institucional a ser cumprido por toda a comunidade acadêmica, seguido de um momento mais estabilizador das condições de convivência e aprendizagem com o desenvolvimento ampliado da comunicação virtual com os idosos e práticas pedagógicas adequadas e readaptadas para o contexto da pandemia, a saber:

### Momento 1: Comunicação Eletrônica de via Única - Informações e Orientações

Os meios de comunicação eletrônica de acesso livre a toda comunidade acadêmica e sociedade em geral foram utilizados pelo NUPATI/UFS para emissão de notas de esclarecimentos, mudança de calendários, suspensão de atividades presenciais de qualquer natureza e o reforço ao cumprimento das medidas de saúde, especialmente de isolamento social com recomendações aos idosos permanecerem em suas casas.

Impactos refletidos deste contexto foram notoriamente observados pelo silenciamento geral das pessoas que cumprindo as medidas de saúde recomendadas acabaram se isolando uma das outras e de si mesmas comprometendo o avultar de suas próprias vidas. Sem dúvida esta realidade provocou um repensar das condições limitadas às quais foram submetidos os idosos enquanto grupo de risco e fez com que o Núcleo redirecionasse suas ações pedagógicas para ações mais efetivas de impactos mais inteligentes da pessoa idosa.

### Momento 2: Desafio - Aproximar idosos dos meios de comunicação eletrônica

Propostas decorrentes para promover cuidados com a saúde do idoso participante do NUPATI/UFS foram executadas por meio de um grupo de WhatsApp numa tentativa de aproximação do diálogo e da interação entre as pessoas que formavam o grupo de alunos, professores e colaboradores. Esta ação permitiu dialogar o dia a dia de cada um e a descrição do que faziam como alternativa para ocupar o tempo dentro de casa.

ISBN 978-65-86901-26-9

Este momento serviu como um disparador da quebra da rotina do confinamento por via da criatividade dos idosos que surgiam com ideias proativas de interação social. Eles enviavam mensagens, fotos, poesias e canções para o grupo e falavam de suas construções e tristezas provocados pelo isolamento.

Notório destacar que este momento de contrição também serviu como um momento de construção, pois a partir destes diálogos os idosos foram desfiados à superação do estigma quanto ao uso dos meios de comunicação eletrônica, rompendo a primeira barreira para a retomada da convivência social e participação nas atividades do NUPATI/UFS de forma a retomada de seu envelhecimento saudável ativado pela participação e na interatividade de um diálogo possível, ainda que remoto.

## Momento 3: Sistematização das Ações Pedagógicas - Convivência social e aprendizagem

A capacidade interativa de comunicação eletrônica entre os idosos foi trabalhada pela coordenação, professores e colaboradores do NUPATI/UFS com vistas a ampliação de outros espaços virtuais de convivência e aprendizagem, estimulando uma aproximação maior com as redes sociais de comunicação remota por meio de atividades interativas como marchas virtuais, saraus eletrônicos, encontros temáticos e comemorativos entre outros por via do Facebook, Instagram, WhatsApp e mensagens eletrônicas, etc. Estas ações foram importantes para desvincular o estigma da incapacidade do idoso se aproximar dos meios eletrônicos de comunicação ao tempo que rompeu com o silêncio da comunicação dada por uma via só da comunicação modulados pelos informativos e instruções normativas.

Os idosos submetidos ao cumprimento das medidas de saúde foram também desafiados a enfrentar o uso da comunicação eletrônica como um mecanismo para o rompimento do estigma da incapacidade de aproximação das vias virtuais de comunicação. Em breve espaço de tempo, aprenderam a utilizar os meios eletrônicos de convivência social em plataformas de ambiente virtual da aprendizagem(AVA).

A UFS disponibilizou várias plataformas de comunicação e aprendizagem entre elas se destacando para a aproximação dos alunos idosos, a plataforma do Sistema Integrado de Gestão e Atividades Acadêmicas (SIGAA) e o Google Meet disponibilizados como salas de aula, encontros temáticos e oficinas pedagógicas.

ISBN 978-65-86901-26-9

Sistematicamente o NUPATI/UFS passou a trabalhar ações pedagógicas remotas construindo uma proposta de trabalho de aproximação dos idosos pela via da convivência social virtual. Ainda que com alguns dificultadores da aproximação com os equipamentos eletrônicos se pode observar a adesão contínua dos idosos a estes espaços de convivência.

Os espaços de convivência virtual foram sistematicamente programados para serem otimizados com ações pedagógicas planejadas ampliando, o espaço da convivência e do diálogo para o espaço da aprendizagem e da produção do conhecimento.

## Momento 4: As Oficinas Pedagógicas de Aprendizagem – A superação de estigmas protagonizado pelo envelhecimento ativo

As Oficinas Pedagógicas fizeram parte das ações planejadas pelo NUPATI/UFS como uma atividade de extensão promovida pela proposta pedagógica remota desenvolvida pelo projeto *"Longe viver em Tempos de Pandemia: Orientação e Cuidados com Pessoas Idosas"* foi ampliado se estendendo a participantes interessados de outros estados da região nordeste incluídos os estados de Alagoas, Piauí e Bahia para além do Estado de Sergipe de onde partiu a ação pedagógica inicial.

As oficinas foram desenvolvidas como um espaço de discussão e reflexões sobre o processo de envelhecimento na lógica diferenciada de promover o idoso ao convívio social remoto, atraindo-o ao espaço pela oportunidade da participação, da interação com novos colegas, aprendizagem e produção do conhecimento, visto na experiência deste trabalho uma fonte inspiradora para novas construções científicas.

As Oficinas Pedagógicas serviram para ampliar o conhecimento sobre questões de envolvimento e interesse da pessoa idosa com apresentação de conteúdos trabalhados de forma lúdica e interativa com busca ativa das escutas e observação dos comportamentos dados nesta construção.

## Momento 5: O Observatório da Pesquisa – Resgate do direito à vida no processo do envelhecimento saudável

O conceito ampliado de saúde foi discutido a partir da análise do comportamento humano da pessoa idosa para o enfrentamento de combate à pandemia COVID-19, partindo da experiência do idoso participante das

ações pedagógicas desenvolvidas durante todo o desenvolvimento das oficinas pedagógicas. Em especial, no módulo II da dimensão 1, o tema trabalhado tratou especificamente sobre "Cuidados de Saúde e Envelhecimento Ativo".

O módulo serviu como um disparador das reflexões sobre o que é saúde e o que é envelhecer de forma saudável pelo qual se permitiu entender que o cuidado com a saúde ultrapassava o limite do biológico para a preservação da vida e incluía ativação de uma vida comprometida de cuidados com o corpo, a mente e o meio ambiente.

O tema trabalhado ampliou a capacidade de compreensão do que é cuidado com a saúde e de como realizar o auto cuidado com a saúde em tempos de pandemia. Os diálogos incluiu a realidade do confinamento provocado pela medida de saúde de isolamento social pelo qual se percebeu que a preservação da vida estava em risco, se somente fosse preservado a proteção do corpo sem cuidar da mente e do meio ambiente. Isto posto, as reflexões passaram a incluir a necessidade da convivência social e da aproximação das pessoas num conjunto integrado de cuidados com a saúde realizados para além da proteção do biológico.

As reflexões sobre a saúde e o envelhecimento ativo permitiram despertar no idoso participante a necessidade de protagonizar sua própria existência com a garantida de proteção do biológico sem negligenciar a preservação das demais condições da saúde e , nelas se perceber os riscos do isolamento social sem medidas de proteção para o cuidado com a saúde de forma ampliada.

A vivência com ações pedagógicas nesta oficina permitiram despertar para a análise sobre o envelhecimento saudável e o uso da educação em saúde aplicado como um equipamento de enfrentamento do problema sanitário. Mostrou-se como mais uma conquista para o protagonismo do idoso e de sua capacidade de superação enfrentando medos e pânicos dados pela pandemia com uso dos meios eletrônicos de comunicação e convivência social segura como uma alternativa para preservação da vida.

## V Considerações finais

A falta do convívio social teve impactos danosos na vida da pessoa em processo de envelhecimento para cumprimento das medidas de saúde recomendadas pela OMS. Diferentes sentimentos se aproximaram do idoso isolado socialmente, de forma a sentir-se abandonado como uma pessoa que

ISBN 978-65-86901-26-9

está só e desvalorizado na ausência do convívio social e das relações interpessoais para evitar o contágio pela doença sem tempo determinado para um fim.

Entretanto, impactos observados na continuidade das ações pedagógicas realizadas pelo NUPATI/UFS demonstraram a capacidade de superação dos seres humanos em tempos de pandemia, observado comportamento solidário de aproximação do outro e do cuidado com o outro, na autoestima e na preservação da integralidade da saúde dos sujeitos, tornando-os ativamente pessoas mais saudáveis ao buscarem espaços intersetoriais de participação, empoderamento e de respeito à diversidade na atenção do cuidado à saúde de cada um.

O contexto da pandemia evidenciou o ser idoso como um determinante de sua condição de vulnerabilidade física, emocional/afetiva e social ampliadas pelo risco do contágio ao Sars-Cov-2. O pânico e medo provocados pelas redes de comunicação e informações do terror para não saírem de casa e ausência da convivência com seus pares próximos fora alguns dos determinantes que comprometeram todo o sistema imunológico do idoso em seu direito fundamental que é a vida. Contudo, espaços de convivência saudáveis como ambientes virtuais de aprendizagem se tornaram grandes aliados de cuidados com a saúde.

A pessoa idosa ao ser confrontada como grupo vulnerável de risco para a COVID-19 e perceptível de sua condição tem levado a humanidade a refazer seus próprios conceitos e instituições reverem suas diretrizes cientificas de aproximação do que é comprovado cientificamente e o que é real e acontece.

A percepção dos idosos sobre o isolamento social, causado pela pandemia COVID-19 com sentimentos que os conduziram a diferente reações comportamentais decorrentes, evidenciaram as dificuldades da mudança de hábitos, da resistência do sair da zona de conforto com impactos diretos voltados ao isolamento como a redução do contato com outras pessoas e o uso das tecnologias remotas as quais se vem tornando possibilidades virtuais de relacionamentos cotidianos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

**BRASIL**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n° 1/92 a 35/2001 e pelas de revisão n° 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2002.

_____. Diário da República Federativa. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde(LOS). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília/DF, 1990.

_____. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003**.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário da República Federativa do Brasil, de 03 de outubro de 2003.

_____**.** Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário da República Federativa do Brasil, de 05 de janeiro de 1994.

_____**.** Decreto 5.109, e junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competência e funcionamento do Conselho Nacional do Idoso – CNDI, e dá outras providências. Diário da República Federativa o Brasil, de 18 de junho de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; URSS. In: Declaração de Alma Ata(Compilada) p. 33 a 34. As Cartas da Promoção da Saúde Projeto Promoção da Saúde (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília/DF, 2002

_____ . Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Regulamento Sanitário Internacional - RSI 2005. Aprovado pelo Congresso Nacional Brasileiro pelo Decreto Legislativo 395/2009 publicado no DOU de 10/07/09, pág.11. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011173/

Regulamento+Sanit%C3%A1rio+Internacional.pdf/42356bf1-8b68-424f-b043-ffe0da5fb7e5

_____. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Canal Saúde: Construindo Cidadania. Vídeo Coronavírus e Economia. Sala de Convidados, abril de 2020. Disponível em https://www.canalsaude.fiocruz.br/canal/videoAberto/coronavirus-e-economia-sdc-0497.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saúde Mental e a Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Suicídio na Pandemia COVID -19. 16ª cartilha da série *Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19*. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes/Fiocruz). Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Fiocruz) e do Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. Brasília/DF, 2020. Disponível em https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/cartilha_prevencaosuicidio.pdf.

_____. Ministério da Saúde(MS). Secretaria de Vigilância em Saúde(SVS/MS). Centro de Operações de Emergência de Saúde Pública – COVID-19. Boletim Informativo nº 06. COE. COVID-19, abril de 2020. Disponível em https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/03/BE6-Boletim-Especial-do-COE.pdf.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções de população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=293322

**MANSO.** Maria Elisa**; COMOSAKO.** Vanessa**; LOPES.** Ruth da Costa**.** Idosos e isolamento social: algumas considerações. Revista Portal de Divulgação, n.58, Ano IX. Out/Nov/Dez. 2018. ISSN 2178-3454. Disponível em www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nov

**PNUD**. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Estados Unidos). Relatório Global sobre Desenvolvimento Humano 2019. Além do rendimento, além das médias, além do presente: Desigualdades no

desenvolvimento humano no século XXI. 362 p. Disponível em http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_pt.pdf.

**OPAS.** Organização Pan Americana de Saúde. Folha Informativa Atualizada - Envelhecimento e Saúde. Versão online, 2018. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015. Disponível em https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf.

**OMS**. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report on Human Resources for Health - Working Together for Health, 2006 (Trad. Relatório Mundial da Saúde sobre Recursos Humanos em Saúde: Trabalhando Juntos pela Saúde). Editor da versão portuguesa Ministério da Saúde, 2007. 210 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf?ua=1.

_____ . Organização Mundial da Saúde. Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015. Disponível em: https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf.

_____ **.** Organização Mundial da Saúde. Versão em inglês - WHO. Word Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports, 2020. Disponível em https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/.

_____ . Organização Mundial da Saúde. Versão em inglês – WHO. Word Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report-11, 2020 Disponível em https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4.

_____ . Organização Mundial da Saúde. Versão em inglês – WHO. Word Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report - 40. Disponível

em https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200229-sitrep-40-covid-19.pdf?sfvrsn=849d0665_2.

_____.. Organização Mundial da Saúde. Versão em inglês – WHO. Word Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. Coronavirus disease 2019 (COVID-19)Situation Report - 71. Disponível em https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200331-sitrep-71-covid-19.pdf?sfvrsn=4360e92b_8.

_____. Organização Mundial da Saúde. Versão em inglês – WHO. Word Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report–162. Disponível em https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/20200630-covid-19-sitrep-162.pdf?sfvrsn=e00a5466_2.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Resolução ONU nº 217-A - Norma Federal assinada em Paris em 10/12/1948. Disponível em https://www.normasbrasil.com.br/norma/resolucao-217-1948_94854.html.

# CARACTERIZAÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CAUSAS EXTERNAS EM IDOSOS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Maria Elda Alves de Lacerda Campos[1]
Mariana Cardoso Dantas[2]
Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes[3]
Rosana Alves de Melo[4]

**Resumo:** O processo de envelhecimento populacional vem se acentuando no Brasil, em soma, as internações e mortes por causas externas chamam atenção nessa faixa etária. O presente estudo tem o objetivo de caracterizar as internações hospitalares da população idosa por causas externas no sistema público de saúde do Brasil, no período de 2010 a 2019. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, cuja população compreendeu todas as internações hospitalares por causas externas na faixa etária 60 anos e mais. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva expressando as frequências absolutas e relativas. Identificou-se que as internações mais frequentes foram as quedas, e as menores proporções apresentaram-se nas agressões e lesões autoprovocadas. Os maiores quantitativos de internações se referiam ao sexo feminino, na faixa etária de 80 anos ou mais e cor branca. O ano de 2019 foi o que apresentou o maior coeficiente de internação de idosos da série histórica de 10 anos analisada neste estudo. Nesse ano, o Norte foi a

1 Mestre em Vigilância Sobre Saúde pela Faculdade de Ciências Médica da Universidade de Pernambuco – FCM/UPE, elda.campos@upe.br;

2 Graduanda pelo Curso de Enfermagem da Universidade de Pernambuco - PE, mariana.cardoso@upe.br;

3 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, flavia.fernandes@upe.br;

4 Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, rosana.melo@univasf.edu.br.

ISBN 978-65-86901-26-9

única região brasileira em que as quedas não apresentaram o maior coeficiente de internação por causas externas e o Centro-Oeste exibiu o maior coeficiente de internações de idosos por causas externas no Brasil. O estudo destaca a necessidade de políticas de atenção integral que levem em consideração a idade da população, e a imprescindibilidade do apoio familiar e acompanhamento psicológico para os idosos, além de equipes de saúde preparadas para responder às particularidades que envolvem o envelhecimento.
**Palavras-chave:** Causas Externas, Hospitalização, Envelhecimento, Sistemas de Informação.

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (2014) estima que, no mundo, 14.000 pessoas morrem diariamente devido às causas externas. Especificamente no Brasil, essas razões de morbimortalidade configuram-se como um dos principais problemas de saúde pública, ao considerar à sua magnitude e gravidade (BRASIL, 2017a).

As causas externas de morbidade e mortalidade englobam os casos de violências (relativos a agressões, a suicídios ou tentativas, a abusos físicos, sexuais, psicológicos, a negligências e outras) e de acidentes (referentes ao trânsito, a envenenamento, a afogamento, a quedas, a queimaduras e outros) (BRASIL, 2016).

Os acidentes e violências decorrem de ações ou omissões humanas, bem como de condicionantes técnicos e sociais. A violência está enraizada nas estruturas sociais, econômicas e políticas, como também nas consciências subjetivas, numa relação existente entre os envolvidos. Ao tratar de acidentes, podem ocorrer lesões físicas e/ou emocionais e acontecem em áreas domésticas, ou em ambientes sociais, relacionados ao trabalho, ao trânsito, a escola, aos esportes e ao lazer (BRASIL, 2002).

Nos últimos anos, dois fatores vêm ganhando destaque, o processo de envelhecimento populacional que se acentuou significativamente e o crescimento das taxas de mortalidade por causas externas no grupo etário dos idosos (CAMARGO, 2016). A transição demográfica ocasionada pelo aumento rápido e abrupto da população idosa principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, gerou uma alteração significativa na pirâmide populacional (CHIBANTE *et al.*, 2016).

Apesar do aumento na expectativa de vida dos idosos, os riscos à saúde devido causas não naturais apresentam-se como uma questão médica e social muito relevante para essa faixa etária (KITULWATTE *et al.*, 2018). Dessa forma, essa temática requer análise e postura cautelosas a fim de reduzir os índices de internações, e consequentemente, mortalidade, cada vez maiores.

Os gastos públicos com internações para causas externas registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é de aproximadamente 1,3 bilhão de reais ao ano (BRASIL, 2017a). A avaliação de custos para a alocação eficiente de recursos financeiros considerando a atual transição populacional tem sido uma das grandes preocupações dos gestores públicos em relação a população idosa (KERNKAMP *et al.*, 2016).

ISBN 978-65-86901-26-9

A realidade do envelhecimento populacional requer que o Estado esteja preparado para atender as demandas desses cidadãos, sobretudo nos setores da saúde, previdenciário, assistência social, segurança pública, habitação e lazer (ALCÂNTARA, 2016). Nesse sentido, a informação assume um papel significativo, pois influencia diretamente na implantação e implementação de políticas de atenção e proteção integral dos mais vulneráveis para as violências e acidentes, além de contribuir para a alocação racional de recursos e reorganizar os serviços de assistência inerentes à essa população (BRASIL, 2017a).

Ao analisar a morbidade hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) por causas externas, é válido destacar que a população adulta (20 a 59 anos) possui números absolutos muito maiores de internação em relação aos idosos (60 anos ou mais), porém ao comparar os anos de 2010 a 2019, a faixa etária adulta apresentou um crescimento de 34,1% nas internações por causas externas, uma vez que a população idosa exibiu 77,9% de aumento, passando de 150.872 em 2010 para 268.450 em 2019.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) abrange em uma de suas diretrizes a Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, reconhecendo o cidadão idoso como sujeito de direitos, definindo que ações de prevenção e promoção à saúde não devem se restringir apenas aos jovens. E, ao tratar das causas externas, pontua a necessidade de realizar ações de prevenção de acidentes e combate às violências.

Assim, considerando os índices alarmantes e crescentes de internações por causas externas nesse segmento populacional somado a importância do conhecimento desses dados para a implementação e o desenvolvimento de ações preventivas, o presente estudo tem o objetivo de caracterizar as internações hospitalares da população idosa por causas externas no sistema público de saúde do Brasil, no período de 2010 a 2019.

## Metodologia

Realizou-se um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa cuja população compreendeu todas as internações hospitalares por causas externas na faixa etária 60 anos e mais, realizadas nos serviços próprios e conveniados ao SUS, no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2019. Os dados foram adquiridos a partir de buscas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses dados agregados e de domínio público disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

ISBN 978-65-86901-26-9

A coleta dos dados foi realizada no mês de junho de 2020. Foram utilizados no estudo as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) aprovadas pelo SIH, sendo essas representas pela frequência absoluta das internações. Foram selecionados os registros cuja causa da internação na AIH correspondesse aos códigos do capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10) de acordo com os seguintes agrupamentos:

- Acidentes de transporte (V01-V99);
- Quedas (W00-W19);
- Outras lesões acidentais (W20-X59);
- Lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84); Agressões (X85-Y09);
- Demais causas externas, incluindo eventos de intenção indeterminada (Y10-Y34), intervenções legais e operações de guerra (Y35-Y36), complicações na assistência médica e cirúrgica (Y40-Y84), sequelas de causas externas (Y85-Y89), fatores suplementares relacionados com outras causas (Y90-Y98) e causas externas não classificadas (S-T).

Foram utilizadas no estudo as seguintes variáveis: sexo (masculino, feminino), faixa etária (60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos, 75 a 79 anos, 80 anos e mais), região geográfica de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste) raça/cor (branca, preta, parda, indígena, amarela, sem informação), ano do processamento da internação (2010 a 2019).

Calculou-se o percentual de internações segundo causas (expressa em termos percentuais). Foi calculado o coeficiente de internação hospitalar por causas externas por 100 mil habitantes, tendo como numerador o número de internações hospitalares pagas pelo SUS de residentes por causas externas e no denominador a população idosa residente.

Para o cálculo do coeficiente de internação hospitalar por causas externas, utilizou-se a população idosa residente naquele ano informada com base em censos e estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A análise foi realizada por meio da estatística descritiva expressando as frequências absolutas e relativas. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos realizados como apoio do Microsoft Office Excel 2013.

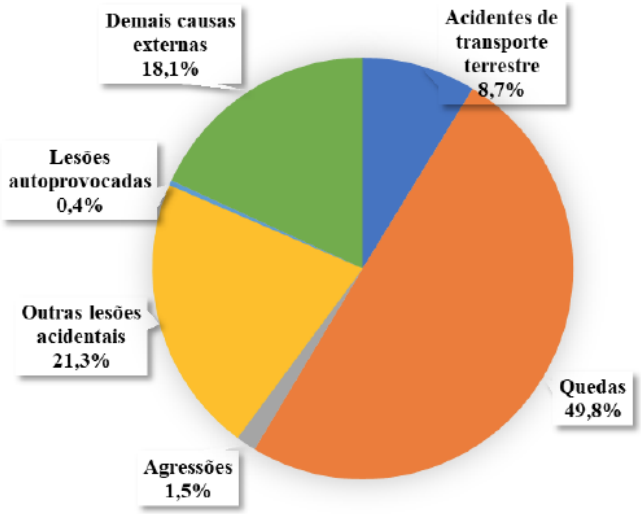
Considerando que os dados utilizados são secundários e de domínio público, foram respeitados todos os preceitos éticos, seguindo-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016 (CNS, 2016) dispensando a avaliação pelo CEP/CONEP.

## Resultados e discussão

Entre 2010 e 2019 foram registradas 2.054.894 internações por causas externas em pessoas acima de 60 anos, em relação à mortalidade, dados referentes ao período de 2010 a 2018 nessa faixa etária apontam 255.765 óbitos por essas causas no Brasil. São números preocupantes, considerando que são causas previsíveis e que podem ser evitadas (OMS, 2014).

Dentre as causas externas, as internações mais frequentes, na faixa etária acima de 60 anos, foram as quedas (49,8%) e outras lesões acidentais (21,3%), nesta categoria está inserido os choques elétricos, contato com animais venenosos, exposição a forças mecânicas, afogamento, entre outras causas. As menores proporções apresentaram-se nas agressões (1,5%) e nas lesões autoprovocadas (0,4%). Atingindo respectivamente o percentual de 8,7% e 18,1%, estão os Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) e as demais causas externas, dentre estas, inclui-se eventos de intenção indeterminada, complicações na assistência médica e cirúrgica, sequelas de causas externas e causas externas não classificadas (Gráfico 1).

**Gráfico 1** - Distribuição proporcional das internações hospitalares por causas externas em idosos por causas específicas. Brasil, 2010 a 2019.




As quedas costumam ser responsáveis pela maioria das internações por causas externas que ocorrem no Brasil, não apenas com a população idosa, mas também na população em geral (MASCARENHAS; BARROS, 2015). Com

o envelhecimento eleva-se o risco de quedas, visto que esse processo envolve perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea (SIQUEIRA *et al.*, 2007).

Um estudo em Ribeirão Preto (SP) identificou que as consequências mais comuns, após as quedas em idosos, foram as fraturas (64%), com maior frequência nas fraturas de fêmur. Outras consequências citadas pelos pacientes foram o medo de cair novamente, além do aumento de dificuldade e dependência na realização de atividades da vida diária (AVD) (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JUNIOR, 2004).

Ao comparar grupos de idosos que tiveram quedas aos que nunca tiveram, notou-se maior proporção de doenças, como, reumatismo, artrite/artrose, osteoporose, problemas cardíacos, glaucoma, entre outros, naqueles que já foram acometidos por esse evento (NASCIMENTO; TAVARES, 2016). À vista disso, é fundamental que os idosos façam o controle adequado das doenças crônicas, junto ao apoio e atenção de familiares, cuidadores e profissionais de saúde.

Os ATT se destacam como outra problemática responsável por grande proporção de internação em idosos. Em estudo no Sri Lanka, ao analisar os registros hospitalares de mortes em idosos devido a causas não naturais, identificou-se que 69% ocorreram devido acidentes de trânsito, em que a maioria das vítimas era pedestres (KITULWATTE *et al.*, 2018).

Nesse sentido, percebe-se que os idosos possuem maior suscetibilidade a atropelamentos ao serem comparados com os jovens, visto que o ato de atravessar a rua pode ser uma tarefa difícil e menos segura para os longevos, em função de suas habilidades cognitivas e visuais serem mais reduzidas (ZITO *et al.*, 2015).

Embora os números de agressões e lesões autoprovocadas apresentem taxas baixas comparados às outras causas externas, essas são duas problemáticas muito relevantes em que faz-se necessário estar alerta. Muitos casos de violência contra o idoso provavelmente não são denunciados, assim como, esses pacientes não são internados, pois como Melo (2020) afirma, essa é uma violência que costuma ser sofrida em silêncio devido a dependência, ao afeto, a insegurança e ao medo de retaliação, uma vez que a maioria das denúncias de agressões e maus tratos são atribuídas a seus familiares próximos e cuidadores.

No que tange às lesões autoprovocadas no Brasil, apesar da ocorrência se destacar nas faixas etárias de 10 a 39 anos em ambos os sexos, vale ressaltar que as maiores taxas de mortes autoprovocadas foram observadas entre

pessoas de 70 anos ou mais (8,9/100 mil hab.) (BRASIL, 2017b). O número das internações identificado neste estudo pode ser explicado pelo fato de que os idosos são mais efetivos na consumação da morte autoinfligida (MINAYO; CAVALCANTE, 2015), bem como, por serem mais suscetíveis em não ser encontrados após uma autoagressão e nem receberem atendimento em tempo hábil, pois muitos idosos vivem sozinhos (CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

Foi evidenciado que entre a população idosa que consumou o suicídio, os homens são mais afetados por estados depressivos, causados por efeitos do alcoolismo, da vida social conturbada, da sobrecarga financeira, da queda de renda e dos abusos físicos ou verbais, entre as mulheres foi identificado falta de sentido da vida e existência de perdas, doenças, conflitos familiares e violência conjugal (CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

Um ponto que merece destaque neste estudo é o elevado número de internações classificadas como eventos de intenção indeterminada (139.723), que aqui apresenta-se dentre as "demais causas externas". Apesar de nos últimos anos haver uma melhora na qualidade das estatísticas de causas externas, ainda se observa grande proporção de registros não especificados (LOPES *et al.*, 2018).

Em estudo no Rio de Janeiro, realizou-se o relacionamento de dados dos setores Saúde, Segurança Pública e imprensa, referentes ao registro de mortes por causas externas, os resultados apontaram redução do número de registros de causas indeterminadas de óbito, gerando aumento relativo em todas as causas externas: acidentes de transporte (93,0%), agressões (71,6%), intervenção legal (744,7%), lesões autoinfligidas (112,0%) e outros acidentes (29,9%) (LOPES *et al.*, 2018).

Assim, demonstra-se que os números de óbitos por causas externas são subestimados, e possivelmente, os de internações. Deste modo, existe a necessidade de melhorias urgentes na notificação dos casos de violências e acidentes, com o fim de evitar a classificação como "evento de intenção indeterminada", pois a magnitude das outras causas encontra-se encoberta, prejudicando o desenvolvimento de ações preventivas e contextualizadas relacionadas as causas externas.

Sobre as características sociodemográficas, a maioria das internações se referia a pacientes do sexo feminino (54%), na faixa etária de 80 anos ou mais (25,8%), cor branca (40,5%), e com predominância na Região Sudeste (46,3%), esse fato corrobora com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) em que comprova que a quantidade de idosos que residem nessa região geográfica supera significativamente as outras do Brasil (Tabela 1).

No ano de 2000 o percentual de internação do sexo feminino (54,1%) apresentou praticamente a mesma prevalência que fora identificado entre 2010 e 2019 (54%) (GAWRYSZEWSKI, JORGE; KOISUMI, 2004). A predominância das mulheres em ocorrências de causas externas também foi identificada em um estudo acerca dos atendimentos realizados pelo SAMU, com 55,25% dos atendimentos prestados a idosas (GRDEN *et al.*, 2014).

O fato do sexo feminino apresentar o maior índice de internação por causas externas está diretamente relacionado a prevalência das mulheres em quedas, representando em números absolutos 622.234 eventos, enquanto os homens apresentaram 402.073 quedas durante o período analisado no estudo.

**Tabela 1** - Distribuição proporcional das internações hospitalares por causas externas em idosos segundo, sexo, faixa etária, raça/cor e regiões. Brasil, 2010 – 2019.

| Variáveis | Causas externas | |
|---|---|---|
| | Número | % |
| Total | 2.054.894 | 100% |
| **Sexo** | | |
| Masculino | 945.935 | 46,0% |
| Feminino | 1.108.959 | 54,0% |
| **Faixa etária** | | |
| 60 a 64 anos | 485.966 | 23,6% |
| 65 a 69 anos | 398.512 | 19,4% |
| 70 a 74 anos | 337.872 | 16,4% |
| 75 a 79 anos | 302.672 | 14,7% |
| ≥ 80 anos | 529.872 | 25,8% |
| **Cor/raça** | | |
| Preta | 53.279 | 2,6% |
| Parda | 573.881 | 27,9% |
| Branca | 834.380 | 40,6% |
| Amarela | 24.229 | 1,2% |
| Indígena | 1.652 | 0,1% |
| Sem informação | 567.473 | 27,6% |
| **Região** | | |
| Norte | 108.703 | 5,3% |
| Nordeste | 441.486 | 21,5% |
| Sudeste | 957.859 | 46,6% |
| Sul | 391.017 | 19,0% |
| Centro-Oeste | 155.829 | 7,6% |

ISBN 978-65-86901-26-9

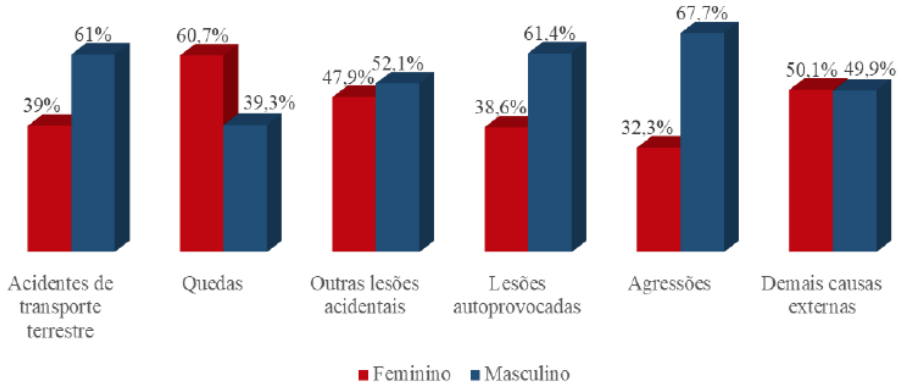
A predominância de maior taxa de causas externas nos idosos de 80 anos ou mais, corrobora com o cenário de que nessa faixa etária há maior prevalência de fragilidade (CARNEIRO *et al.*, 2016). A redução da reserva de energia e da diminuição da capacidade de resistência aos fatores estressores gera o surgimento da fragilidade física (LENARDT *et al.*, 2015).

Em Curitiba (Paraná), uma pesquisa constatou que a fragilidade está diretamente relacionada à idade dos idosos, visto que 53,3% dos idosos com 80 anos ou mais eram frágeis e daqueles dos grupos de 70 a 79 anos e de 60 a 69 anos, respectivamente, 23,2% e 6% eram frágeis (LENARDT *et al.*, 2015).

Em consonância com o presente estudo, pesquisa identificou associação da fragilidade a pessoas com idade igual ou superior a 80 anos, ademais, a condição também se relacionou a situação conjugal sem companheiro(a), com presença de cuidador, a existência de sintomas depressivos e doença osteoarticular, como também histórico de internação e quedas nos últimos 12 meses (CARNEIRO *et al.*, 2017).

No tocante às internações segundo causas específicas e sexo dos pacientes, os homens apresentaram maiores proporções na maior parte das causas externas, correspondendo a ATT (61%), outras lesões acidentais (52,1%), lesões autoprovocadas (61,4%) e agressões (67,7%). Quanto às mulheres, os valores relacionados às quedas (60,7%) e demais causas externas (50,1%) ultrapassaram a proporção expressa no sexo masculino (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Distribuição proporcional das internações hospitalares por causas externas em idosos segundo causas específicas e sexo. Brasil, 2010 a 2019.



Os acidentes sofridos pelos idosos, como quedas, queimaduras, intoxicações, atropelamentos, sufocações e outras lesões, tornam-se frequentes visto à vulnerabilidade aos riscos presentes, tanto no domicilio e em outros ambientes sociais, quanto em área pública (barreiras arquitetônicas, sistemas de transporte coletivos inadequados) (BRASIL, 2002). Assim, o espaço domiciliar deve ser organizado considerando a condição do idoso residente, bem como, as cidades devem ser construídas e/ou reorganizadas de maneira adequada aos longevos.

Ao tratar da maior prevalência feminina em quedas, a maior longevidade das mulheres pode explicar esses números, pois favorece o aumento da proporção de idosas expostas a esse evento (NASCIMENTO; TAVARES, 2016). Sugere-se ainda que as possíveis causas que podem justificar esse fenômeno seriam a maior fragilidade das mulheres em relação aos homens, a maior prevalência de doenças crônicas e a maior exposição a atividades domésticas e a comportamentos de maior risco (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Isso é reforçado com outro estudo em que foi identificado a maior recorrência de quedas entre mulheres, estas possuíam mais comorbidades, principalmente aquelas que aumentam o risco para quedas, além de possuir maior comprometimento no desempenho funcional e na participação social (MORAES *et al.*, 2017).

Os dados desta pesquisa apontam que os homens são os que mais se internam por agressões, em contrapartida um estudo realizado utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revela que a população feminina é a maior vítima de casos de violência, predominantemente física e perpetrada no ambiente domiciliar (MEIRELLES JUNIOR, 2019).

Todavia, uma outra pesquisa que buscou identificar a prevalência de agressão corporal e negligência e abandono de idosos internados, entre 2008 a 2013, observou que as internações por agressão corporal foram mais frequentes em homens, com idade entre 60 aos 69 anos, quanto a negligência e abandono, notou-se a prevalência significativamente maior entre o sexo feminino, na faixa etária de 80 anos ou mais (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2017). Nota-se que a prevalência referente ao tipo de agressão vai variar de acordo com o sexo, porém, independente de qual seja a violência sofrida pelo idoso, vale ressaltar a necessidade de profissionais de saúde capacitados para agir frente essas situações e para a realização adequada da notificação de casos, com o fim de evitar dados subestimados.

No que se refere às lesões autoprovocadas, salienta-se que o sexo masculino tende a optar por métodos mais letais para atentar contra a própria vida (BAHIA *et al.*, 2017). Estudo descritivo sobre internações por tentativa de suicídio entre idosos identificou que as taxas no sexo masculino, em todas as regiões brasileiras, foram sempre mais elevadas (PINTO; ASSIS, 2015).

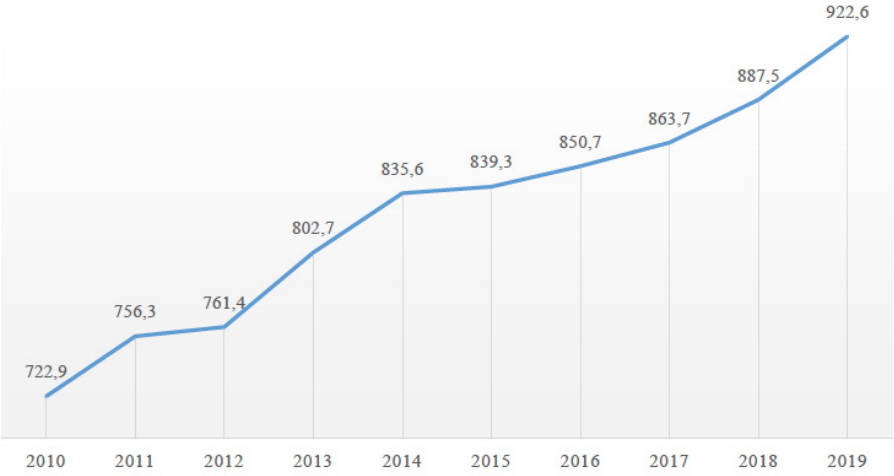
Além disso, o reforço ao papel de gênero impede que os homens procurem ajuda quanto aos sentimentos suicidas e depressivos, isso fica claro ao comparar a mortalidade por suicídio, pois os óbitos são aproximadamente três vezes maiores entre o sexo masculino do que entre o feminino (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014). Isso corrobora com a maior proporção de homens internados que fora observado nesta pesquisa.

Resultado semelhante quanto à prevalência masculina de idosos em acidentes de trânsito foi encontrado em um estudo que utilizou dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), ademais, evidenciou-se que a maioria das vítimas era pedestres (37,8%) ou condutores (34,8%), e as lesões mais comuns foram o corte/laceração (25,3%), a contusão (23,7%) e o traumatismo (18,1%) (FREITAS *et al.*, 2015).

Sabe-se que ao abordar a questão dos acidentes de transporte terrestre, os pedestres idosos têm maior probabilidade de morrer ou ter ferimentos graves, esse fato está diretamente relacionado às características físicas e aos comportamentos dos pedestres nas áreas urbanas (PARK; BAE, 2020).

Em relação ao coeficiente de internação de idosos por causas externas, entre 2010 a 2019, observou -se que as taxas foram crescentes em todo o período. Considerando os anos extremos, notou-se que no ano de 2010 a taxa foi de 722,9 internações por 100 mil habitantes, enquanto no final do período do estudo atingiu um patamar de 922,6 internações por 100 mil/habitantes. O ano de 2019 foi o que apresentou o maior coeficiente da série histórica de 10 anos analisada neste estudo (Gráfico 3).

**Gráfico 3** - Coeficiente de internações hospitalares por causas externas em idosos por 100 mil habitantes. Brasil, 2010 - 2019.




Entre 2000 a 2014, os óbitos de idosos por causas externas praticamente dobraram, revelando a carência de uma política mais rigorosa para prevenir esses eventos. Caso os atuais níveis de internação e mortalidade sejam mantidos, tais números podem aumentar significativamente, considerando o constante processo de envelhecimento populacional (CAMARGO, 2016).

Além disso, as causas externas, em muitos casos, não são corretamente diagnosticadas, visto que há falta de informação e fragilidade quanto a capacitação de profissionais de saúde, para responder a esses eventos, descrença frente os relatos dos idosos, tanto por parte dos familiares quanto por profissionais, além da existência de constrangimento/receio do idoso em fazer denúncias das pessoas de sua família (BRASIL, 2002).

Especificamente em 2019, os coeficientes mais elevados no Brasil foram notados nas internações por quedas (461,7/100 mil hab.), outras lesões acidentais (199,8/100 mil hab.) e nas demais causas externas (171,3/100 mil hab.), seguidas das internações por ATT (76,3/100 mil hab.), agressões (10,3/100 mil hab.) e lesões autoprovocadas (2,9/100 mil hab.). O Norte foi a única região brasileira em que as quedas não apresentaram o maior coeficiente de internação por causas externas, sendo superado pelo coeficiente das demais lesões acidentais (359,9/100 mil hab.) (Tabela 2).

O Centro-Oeste exibiu o maior coeficiente de internações de idosos por causas externas no Brasil (1.163,5/100 mil hab.), com destaque para as quedas

(564,4/100 mil hab.) e ATT (164,6/100 mil hab.) ao comparar com as outras regiões, porém as internações por lesões autoprovocadas foram maiores no Sudeste, as internações por agressões e outras lesões acidentais no Norte e as internações pelas demais causas externas no Sul do país.

**Tabela 2** - Coeficiente de internações hospitalares por causas externas em idosos, segundo causas específicas e região geográfica de residência. Brasil, 2019.

| Causas externas | Brasil | Norte | Nordeste | Sudeste | Sul | Centro-Oeste |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ATT** | 76,3 | 128,1 | 92,2 | 55,6 | 60,7 | 164,6 |
| **Quedas** | 461,7 | 224,9 | 385,2 | 496,4 | 511,2 | 564,4 |
| **Outras lesões acidentais** | 199,8 | 359,9 | 226,0 | 132,4 | 296,0 | 214,1 |
| **Lesões autoprovocadas** | 2,9 | 2,1 | 2,6 | 3,6 | 2,1 | 2,1 |
| **Agressões** | 10,3 | 29,5 | 10,3 | 8,6 | 6,9 | 16,7 |
| **Demais causas externas** | 171,3 | 188,4 | 145,9 | 167,3 | 202,6 | 201,3 |
| **Todas as causas externas** | 922,6 | 933,2 | 862,2 | 864,1 | 1079,7 | 1163,5 |

Esses dados são capazes de evidenciar as especificidades de cada região ao tratar das causas externas e podem servir para subsidiar o desenvolvimento de atitudes que minimizem a ocorrência desses eventos, e consequentemente reduzir os custos que são gerados pelas internações por causas externas.

Mais de 5 milhões de pessoas morrem a cada ano como resultado de acidentes e violências. Salienta-se que esses óbitos representam apenas uma pequena parcela dos feridos, dezenas de milhões de pessoas sofrem ferimentos que levam à internação, atendimento em emergência, ou tratamento sem atendimento médico formal. Muitos sobreviventes dos atos de violência, acidentes de trânsito, tentativas de suicídio ou outras causas de lesão ficam com incapacidades temporárias ou permanente (OMS, 2014).

Assim, a magnitude desse agravo vai além dos números representados neste estudo, as consequências geradas pelas causas externas atingem não apenas a vítima, mas, possivelmente, todos os que fazem parte de sua vida. Nesse cenário, os idosos são uma população ainda mais vulnerável, visto a sua fragilidade inerente a idade, bem como, a presença de outras particularidades específicas dessa fase da vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

O presente estudo caracterizou a morbidade hospitalar por causas externas na população idosa internada no sistema público de saúde no país, no período entre 2010 e 2019.

Os resultados demonstraram que as internações por causas externas mais frequentes ocorridas em idosos foram as quedas e as que apresentaram menor frequência foram as agressões e lesões autoprovocadas, que apesar de expressarem índices mais baixos, são eventos que não devem ser subestimados, pela magnitude que representam. Salienta-se a necessidade de melhora nas notificações de causas externas, com o fim de reduzir a classificação como "evento de causa indeterminada".

A maioria das internações correspondeu a pacientes do sexo feminino e na faixa etária de 80 anos ou mais, esses fatos podem estar relacionados a fatores fisiológicos e ambientais. Os homens apresentaram maiores proporções em internações por ATT, outras lesões acidentais, lesões autoprovocadas e agressões, esses eventos podem estar associados ao fator gênero arraigado em nossa sociedade, em que o sexo masculino tende a reprimir sentimentos e ter mais exposição a comportamentos de risco.

Constata-se que o Brasil possui uma sociedade em envelhecimento, acrescido a isso, foi possível notar o constante crescimento de internações de idosos por causas externas no país. Esses fatos chamam a atenção para destacar a necessidade de políticas públicas de atenção integral que levem em consideração a idade da população e assim possibilitar a implementação de ações engendradas para essa população específica.

O cenário aqui observados também ressalta a imprescindibilidade do apoio familiar e acompanhamento psicológico para os idosos, bem como, equipes de saúde preparadas para responder às particularidades que envolvem o envelhecimento. Por fim, ressalta-se que a população idosa deve e merece ser respeitada e ter uma boa qualidade de vida para o pleno desenvolvimento de sua autonomia, dignidade, com promoção de hábitos saudáveis e uma política de relevância que possa contribuir para o envelhecimento ativo da pessoa idosa.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALCÂNTARA, A. O. Da Política nacional do idoso ao estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. In: ALCÂNTARA, A. O; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (org.) Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)**, 2016. p. 359-377. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9128/1/Da%20Pol%c3%adtica%20nacional.pdf>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Suicídio: informando para prevenir **Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio**. –

BAHIA, C. A. *et al*. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 22, n. 9, p. 2841-2850, Sept. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017.

BRASIL. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01, publicada no DOU nº 96 seção 1e, de 18/5/01. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 64 p.

BRASIL. **Lei nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2011 e 2012**. Ministério da Saúde, Brasília, 1 ed. p. 110, 2016. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/14/viva-2011-2012-2jun16-isbn-finalissimo.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013**

**e 2014.** Ministério da Saúde, Brasília, 1 ed., p. 218, 2017a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/viva_vigilancia_violencia_acidentes_ 2013_2014.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Bol Epidemiol**. v.48, n. 30, p. 1-14, 2017b. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf

CAMARGO, A. B. M. Idosos e mortalidade: preocupante relação com as causas externas. FUNDAÇÃO SEADE, **1a Análise Seade**, São Paulo, n. 35, 2016. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2016/03/primeira_analise_35_2a_prova.pdf> CARNEIRO, J. A. *et al*. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 3, p. 435-442, June 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i.

Carneiro J.A. *et al*. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. **Rev Bras Enferm**. 70(4):747-52, 2017.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 777-785, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1943-1954, Aug. 2012. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002.

CHIBANTE C.L *et al*. O gerenciamento do cuidado de enfermagem aos clientes idosos: a busca por evidências. **Rev Enferm UFPE**. 2016; 848-58.

DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS - Causas externas, por local de internação – a partir de 2008**. Brasília, Ministério da Saúde. DATASUS, 2020.

DATASUS. **Mortalidade - 1996 a 2018, pela CID-10 (Óbitos por causas externas)**. Brasília, Ministério da Saúde. DATASUS, 2020.

FABRICIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-99, Feb. 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000100013.

FREITAS, M. G. *et al* . Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 701-712, Mar. 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015203.19582014.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. P. M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 97-103, 2004. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-42302004000100044.

GRDEN, C. R. B. *et al*. Caracterização de idosos vítimas de acidentes por causas externas. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 3, sep. 2014. ISSN 2176-9133. DOI:http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i3.37972.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População: Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. **IBGE** (base de dados na Internet), 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>

KERNKAMP, C. L. *et al* . Perfil de morbidade e gastos hospitalares com idosos no Paraná, Brasil, entre 2008 e 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e00044115, 2016. DOI:https://doi.org/10.1590/0102-311X00044115.

KITULWATTE, I. D. G. *et al*. Elderly victims dying of unnatural causes: a retrospective descriptive study from Ragama, Sri lanka. **Sri Lanka Journal of Forensic Medicine, Science Law**, v. 9, n. 1, p. 15, 2018.

LENARDT, M. H. *et al*. Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 585-592, Dec. 2015. DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150078.

LOPES, A. s. *et al*. Melhoria da qualidade do registro da causa básica de morte por causas externas a partir do relacionamento de dados dos setores Saúde, Segurança Pública e imprensa, no estado do Rio de Janeiro, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 4, e2018058, 2018.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. A.. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde - Brasil, 2002 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 19-29, Mar. 2015. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100003.

MEIRELLES JUNIOR, R.C. *et al*. Notificações de óbitos por causas externas e violência contra idosos: uma realidade velada. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 32:8685, p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8685/pdf>

MELO, B. D. *et al*. (org). Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: violência doméstica e familiar na COVID-19. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2020. Cartilha. 22 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41121>

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1751-1762, June 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.10962014.

MORAES, S. A. *et al* . Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 691-701, Oct. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170080.

NASCIMENTO, J. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v. 25, n. 2, e0360015, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072016000360015 .

PARK, S. H.; BAE, M. K. Exploring the determinants of the severity of pedestrian injuries by pedestrian age: A case study of daegu Metropolitan City, South Korea. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 7, 2020. DOI 10.3390/ijerph17072358.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R.. Fatores associados a um grupo de idosos residentes na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-716, dez 2002. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000700008.

SIQUEIRA, F. V *et al* . Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 5, p. 749-756, Oct. 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Injuries and violence: the facts. Geneva: **World Health Organization**; 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149798/9789241508018_eng.pdf?sequence =1>

ZITO, G. A. *et al*. Street crossing behavior in younger and older pedestrians: An eye- and head-tracking study Psychology, psychiatry and quality of life. **BMC Geriatrics**, v. 15, n. 1, p. 1– 10, 2015.

# TECNOLOGIAS DO IMAGINÁRIO, ENVELHECIMENTO E COMPETIÇÃO INTERGERACIONAL: UMA ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO DOS *MASTERS* NO PROGRAMA TÁ BRINCANDO

Marcella Silva Mousinho Machado[1]
Sandra Regina Moura[2]

**Resumo:** Este artigo analisa as representações e os sentidos do envelhecimento movimentados no *game show* Tá Brincando, da Rede Globo. A primeira temporada do programa foi exibida de 5 de janeiro a 16 de março de 2019, aos sábados. A atração era uma competição intergeracional entre pessoas 60+ – chamados de *masters* – contra jovens entre os 20 e 35 anos. Os mais velhos eram personalidades do esporte, da música e do jornalismo. Além da função de entreter, o programa também mobilizou imaginários sobre o envelhecimento ao apresentar idosos em pleno condicionamento físico e em atividade em seus campos profissionais, diluindo padrões etários e equiparando velhice e juventude em performances competitivas, relativizando outros fatores que integram o processo de envelhecimento. Neste artigo, partimos do pressuposto de que, ao lançar um novo imaginário sobre o envelhecer, diante da revolução da longevidade e em contraposição à ideologia da velhice como doença e a senilidade, o programa criou superatletas idosos como sinônimo de ter saúde e de vidas longevas. Para o estudo, examinamos os perfis e trajetórias dos *masters*; observamos as interações estabelecidas entre as gerações; e avaliamos as imagens que são construídas a partir dos atributos a estes dirigidos. Para a análise nos baseamos no conceito teórico-metodológico das Tecnologias do Imaginário. Pudemos observar que dos perfis dos participantes maduros

1 Mestranda em Jornalismo no Mestrado Profissional em Jornalismo da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, marcellamachadopb@gmail.com;

2 Doutora em Comunicação e Semiótica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP e Professora do Mestrado Profissional em Jornalismo da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, sandra.moura@academico.ufpb.br.

destacou-se, sobretudo, a imagem dos idosos superatletas, em uma atitude jovem, sendo o esporte uma forma de reviver a juventude na maturidade e de demonstrar que podem competir igualmente com as gerações mais novas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Intergeracionalidade, Tecnologias do Imaginário.

## Introdução

O Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil) desenvolveu, em 2015, um relatório intitulado *Envelhecimento Ativo: um marco político em resposta à Revolução da Longevidade*, no qual indicava uma série de campos fundamentais no debate e na visibilidade do processo de transição demográfica e da proposta de envelhecimento ativo. Entre os atores para os quais o documento fazia recomendações estava a Mídia. Um dos primeiros encaminhamentos tratava da necessidade do aumento na representação de mulheres e homens idosos nos veículos de comunicação para criar uma imagem real do envelhecimento populacional e de suas implicações (PLOUFFE, VOELCKER; KALACHE, 2015).

Entre as demais recomendações estavam promover imagens positivas e realistas do envelhecimento, a inclusão social, estimular o contato e o diálogo entre gerações, fornecer informações sobre ambientes físicos amigos do idoso como princípio fundamental da segurança, conscientizar para prevenir e combater a discriminação, a violência e o abuso, além de apresentar produtos que tratassem de estilos de vida saudáveis e abordassem temas como a saúde mental. Outro tópico dizia respeito ao acesso à informação, considerando a capacidade funcional reduzida ou o baixo grau de escolaridade, e ainda a indicação de trazer conteúdos que esclarecessem sobre direitos (PLOUFFE, VOELCKER; KALACHE, 2015).

O próprio Estatuto do Idoso, em seu artigo 24, estabelece que os veículos de comunicação devem manter "espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento" (BRASIL, 2013, p. 18). No campo da comunicação, os mais velhos ainda integram o mesmo grupo dos menos abastados e com educação formal limitada cujos hábitos de consumo não estão *online* (NEWMAN et al., 2020).

Por um lado, a categoria etária dos sessenta anos foi a que mais cresceu em número de acessos à internet no Brasil, em 2017. Por outro, quando comparado ao total de usuários, configura-se como o menor grupo etário conectado, compondo 31,1% da população, quando os jovens entre 20 e 24 anos são 88,4% dos navegantes. Os dados são os mais recentes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad-Contínua) em Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Ainda assim, na mídia há algumas iniciativas – no jornalismo e no entretenimento – que tratam do envelhecimento e da longevidade. Estão entre elas o 50 Mais, da Rádio CBN, programa de entrevistas, que foi veiculado de 2015 a 2019, ancorado pela jornalista Débora Freitas e pelo especialista em gerontologia Alexandre Kalache, disponível também em *podcast*; o portal Mulheres 50+, fundado por sete jornalistas com o objetivo de discutir as transformações das mulheres que estão nessa faixa etária; o *blog* Longevidade: modo de usar, da jornalista Mariza Tavares, no G1; o Sou 60, canal no *Youtube* e programa apresentado na TV Brasil pela jornalista Roberta Zampettia; a coluna da antropóloga Mirian Goldenberg na *Folha de S. Paulo*, entre outras propostas de portais, páginas em redes sociais digitais, cadernos e seções especializadas, reportagens e séries especiais, por exemplo.

No campo do entretenimento, a Rede Globo lançou, em 2019, o "Tá Brincando", um *game show* de competição intergeracional na televisão. No programa, duplas de competidores, uma por edição, na faixa etária dos 20 a 35 anos desafiava um time de "*masters*", descritos como pessoas acima de sessenta anos de idade cronológica, especialistas em suas áreas. Esses "mestres" eram personalidades do esporte, da música e do jornalismo. Sua estreia ocorreu em 5 de janeiro e foi exibido nas tardes de sábado em nove episódios, até 16 de março daquele ano, tendo como apresentador o ator Otaviano Costa.

Os mais velhos eram considerados pessoas experientes com grandes habilidades físicas, intelectuais ou artísticas. Catorze eram desportistas ativos em times de competição *master*. Foram eles, seguidos de suas respectivas atividades e idades: Adélia Almeida (jogadora de dardos, 63), Bernard Rajzman (jogador de vôlei, 61), Ubiraci Rodrigues da Costa ou Biriba (mesatenista, 73), Edinho Nazareth Filho (jogador de futebol, 63), Emiko Takatatsu (mesatenista, 75), Gislaine Castro (atleta de *crossfit*, 62), Hedla Lopes (triatleta, 60), Hortência Marcari (jogadora de basquete, 59), Marcel de Souza (jogador de basquete, 62), Roberto Carvalho (fisiculturista, 73), Rui Chapéu (jogador de sinuca, 78), Patrícia Medrado (tenista, 62), Servílio de Oliveira (lutador de boxe, 71) e Waldemar Trombetta (atleta de remo, 64).

Os quatro demais participantes desempenhavam atividades intelectuais ou culturais. Foram eles, seguidos de suas áreas e idades: Artur Xexéo (jornalista, 67), Max Pierre (produtor, 70), Reginaldo Leme (jornalista, 74) e Sidney Magal (cantor, 68). Das dezoito pessoas que formavam o time dos *masters*, doze eram homens e seis mulheres. Em cada edição, cinco deles participavam das disputas, mas apenas três eram escolhidos para as provas. Os desafiantes,

por sua vez, também tinham histórico de atletas ou desempenhavam funções em áreas próximas das dos mais velhos.

Desse modo, o programa, além da função de entreter, também movimentou imaginários sobre o envelhecimento. No palco estavam pessoas em pleno condicionamento físico e em atividade em seus campos profissionais, em uma faixa etária na qual os indivíduos, geralmente, encontram-se aposentados e aos quais se atribuem uma série de estereótipos negativos. Em algumas culturas, em particular a brasileira, ser velho ainda é visto como algo vergonhoso, a ser combatido, negado e isolado.

Nessa construção, o idoso é tido como ultrapassado, distraído, exigente, inseguro, crítico, fraco, deprimido, rejeitado, desadaptado, apresentando sinais de demência, perda de memória e marcado pelo fim da vida sexual (NERI, 1991; TERRA; RODRIGUES, 2006). Do mesmo modo, o envelhecimento é visto como um período vulnerável no qual os anciãos correm mais riscos, onde há a perda dos ideais da juventude, dessintonização com a mentalidade do seu tempo, desinteresse, desconfiança e desamor ao trabalho (ÁVILA, 1978).

Entretanto, tais generalizações são contestadas por dados que demonstram que o envelhecimento é heterogêneo e múltiplo. De acordo com um levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), entre 2002 e 2012, houve um aumento de 205,5% no número de idosos que ingressaram no ensino superior. Em 2017, segundo o Censo de Educação Superior no Brasil, havia 18,9 mil universitários com idades entre 60 e 64 anos, e 7,8 mil pessoas na faixa etária acima dos 65 anos.

Ainda entre 2002 e 2012 também houve um crescimento de 199% nos casamentos e de 130% em divórcios na fase madura. Conforme dados da Secretaria de Trabalho do Ministério da Economia, na Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), o número de pessoas com 65 anos ou mais em vagas com carteira assinada aumentou 43% entre 2013 e 2017, em contraposição ao desemprego comum nessa faixa etária. A falta de renda e a necessidade de sustentar a família são apontadas como as causas dessa busca por emprego e do adiamento da aposentadoria.

Enxergar o idoso, ora como superfragilizado, ora como superatletas, são construções sociais reducionistas de um processo que é vivido de diversas maneiras, de acordo com uma série de fatores e experiências. Compreendemos, assim, que há um imaginário sobre a velhice, reforçado pelos instrumentos midiáticos por meio dessas generalizações ou do espetáculo. Segundo

Maffesoli (2001, p. 80), o imaginário é sempre coletivo, e por essa comunhão é sempre comunicação. Nesse sentido, a mídia também contribui para o surgimento deles. Na concepção do autor, os veículos são tecnologias com "força comunicativa". Independente de ferramentas e formas, o conteúdo por elas gerado estabelecem uma circulação de signos e relações, numa articulação entre o emocional e a técnica (MAFFESOLI, 2001).

Já Silva (2012) define imaginário como motor e reservatório. Na primeira acepção, este "é um sonho que realiza a realidade, uma força que impulsiona indivíduos ou grupos. Funciona como catalisador, estimulador e estruturador dos limites das práticas" (SILVA, 2012, p. 12), sendo assim uma "marca digital simbólica do indivíduo ou do grupo na matéria do vivido" (ibidem, p. 12). Na segunda, este se apresenta como essa impressão digital do ser no mundo, "acelerador que imprime velocidade à possibilidade de ação. O homem age (concretiza) porque está mergulhado em correntes imaginárias que o empurram contra ou a favor dos ventos" (ibidem, p. 12). Logo, o imaginário não é uma ilusão, mas um recorte ou percepção de uma singularidade dentro de uma realidade que é plural.

Diante dessas construções midiáticas, nos aproximamos do conceito teórico de Tecnologias do Imaginário (SILVA, 2012). Estas são entendidas como "dispositivos (elementos de interferência na consciência e nos territórios afetivos além e aquém dela) de produção de mitos, de visões de mundo e de estilos de vida" (SILVA, 2012, p. 22). Estas podem se apresentar como meios (rádio, televisão, jornais), como procedimentos, técnicas ou disciplinas (publicidade, *marketing*) ou formas de expressão (literatura, cinema, teatro). Por meio delas, os antigos campos de controle e submissão são substituídos pelo da sedução, "transformam o ar do tempo em corrente de uma época, dando consistência ao etéreo" (SILVA, 2012, p. 43).

Nesse sentido, o *game show* Tá Brincando se configura como uma tecnologia que promove imaginários sobre o envelhecimento, diluindo padrões etários e equiparando velhos e jovens em performances competitivas, relativizando outros fatores que integram o processo de diferenciação geracional e do envelhecer. A idade cronológica surge como elemento não determinante das capacidades e habilidades dos *masters*, apregoando a não existência desta na sociedade contemporânea mais longeva.

A proposta do programa aproxima-se da formulação de "curso da vida pós-moderna", do filósofo norte-americano Harry R. Moody (1993). Segundo o autor, estamos vivendo um processo de erosão dos limites que separam

juventude, idade adulta e velhice. Para o teórico, as normas de comportamento apropriado à idade estão em fluxo, em movimentos de afrouxamento de definições e fronteiras, já que a "cultura pós-moderna promete uma fuga das restrições e estereótipos de normas envelhecidas de todos os tipos" (MOODY, 1993, p. 19-20). No entanto, conforme o pesquisador, tais mudanças demandariam um longo tempo para ocorrer.

As prescrições de expectativas e normas de comportamento apropriado para as diferentes faixas etárias dizem respeito, por exemplo, que na infância as crianças devem ir à escola, as pessoas de meia-idade afastarem-se do trabalho, os idosos entrarem no regime de aposentadoria, os adultos dedicarem-se ao cuidado dos filhos menores de idade, em particular as mulheres – muitas vezes abrindo mão da carreira profissional –, e os filhos assumirem a responsabilidade pelo cuidado dos pais na velhice. É o que nós deveríamos fazer, ser ou estar com o grau etário que temos. Fugir à regra seria sinônimo de anormalidade.

Essas medidas são normalizadas e acabam internalizadas e naturalizadas por pessoas, grupos e instituições sociais (NERI, 2001). Ocorre que esses constructos não são categorias universais e muitos indivíduos não se encaixam nessas classificações e suas características. Logo, sujeitos que não se adequam ao que é esperado geram reações adversas. Assim, "adolescentes que não se sentem rebeldes, crianças de três anos que não são negativistas e de velhos que não se veem deprimidos ou marginalizados, pergunta-se o que há de errado com eles" (NERI, 1991, p. 18). O que estaria equivocada é a ideia que aprendemos a ter dessas fases da vida e de sua manutenção diante de contextos distintos. Entretanto, segundo Debert (2004), as idades ainda são uma dimensão fundamental na organização social, crucial para o estabelecimento de direitos e deveres políticos.

Embora a capacidade funcional dos mais velhos não se mantenha de forma regular, segundo Plouffe, Voelcker e Kalache (2015, p. 64), a autoeficácia "crença na própria capacidade de conseguir realizar uma tarefa específica", a partir dos recursos que tem, é um dos atributos fundamentais para um envelhecimento saudável. Outra recomendação importante é o acúmulo de capitais vitais de saúde, geração de renda, redes sociais e conhecimento. No programa, as instâncias do trabalho, das sociabilidades e, sobretudo, do esporte, apresentam-se como motores de atividade dos *masters*.

A prática esportiva e os exercícios físicos são reconhecidos pela medicina preventiva como uma forma de desacelerar o processo de envelhecimento e

reduzir a ocorrência de enfermidades relacionadas. Entretanto, é sabido que com a idade, ocorre a diminuição da flexibilidade, do número de neurônios e de unidades motoras, além de uma redução no tempo de reação, embora a capacidade de treinabilidade entre veteranos e jovens seja semelhante em termos relativos (LAZZOLI et al, 2001). Independentemente do estágio da vida, o esporte desenvolve um papel significativo na vida dos seres humanos:

> O desporto é um palco onde entra em cena a representação do corpo, das suas possibilidades e limites, do diálogo e relação com a nossa natureza interior e exterior, com a vida e o mundo. Quer se diga de crianças e jovens, de adultos e idosos, de carentes e deficientes, de rendimento ou recreação, o desporto é em todos os casos instrumento de concretização de uma filosofia do corpo e da vida. Constitui uma esperança para a necessidade de viver (BENTO, 2004, p. 66).

De acordo com Bento (2004), há uma série de sentidos na prática esportiva como a paixão pelo que se faz, o exercício da (auto)disciplina, a interação com os outros, respeito às regras do jogo e da ética, o desenvolvimento de competências, habilidades, da capacidade de resistência e de persistência. Nele, o indivíduo aprende a tomar decisões e a ser responsável, há o estímulo no uso da imaginação, da criatividade, além da alegria e do otimismo em seu desempenho.

Assim, o esporte é tanto um estilo de vida, quanto uma forma de humanização (BENTO, 2004). Tais significados independem de faixa etária e são experenciados ao longo da trajetória das pessoas. No entanto, a manutenção desse espírito na maturidade é percebida pela ótica do singular, em razão das construções sociais cristalizadas no imaginário. Na mídia, idosos ativos que praticam esportes, dançam, cantam, amam, viajam, etc., são retratados pela lente do espetáculo, do fora do comum e do extraordinário.

Há mais de duas décadas, Soares (1995) já observava uma tendência da sociedade, em consonância com a mídia, no estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre atividade física e longevidade. Tal formulação é reforçada pela presença de convidados e entrevistados que representam tais imagens, enfatizando o rejuvenescimento que cria a fantasia da imortalidade. No entanto, uma série de fatores sociais e econômicos têm impacto direto na ideia do envelhecimento ativo, atuando como barreiras ou oportunidades, tais como os processos de urbanização, as tecnologias, as mudanças ambientais e climáticas, os conflitos, as transições epidemiológicas, a pobreza

e a desigualdade, além da evolução dos direitos humanos (PLOUFFE, VOELCKER; KALACHE, 2015).

Diante dessas observações, nos propomos neste artigo a analisar o imaginário sobre o envelhecer no *game show* Tá Brincando. Para tanto, examinamos os perfis e trajetórias dos *masters*; observamos as interações estabelecidas entre as gerações; e avaliamos as imagens que são construídas a partir dos atributos a estes dirigidos. Partimos do pressuposto de que, ao lançar um novo imaginário sobre o envelhecimento, diante da revolução da longevidade e em contraposição à ideologia da velhice como doença e a senilidade (HADDAD, 1986), o programa cria superatletas idosos como sinônimo de ter saúde e de vidas longevas. Para o estudo, nos baseamos nas categorias de análise que envolvem o imaginário, a imaginação e a imagem, proposto por Mendes (2016). Para o artigo, selecionamos os nove episódios da primeira temporada.

Compreendemos que os programas televisivos precisam construir espaços de visibilidade e de representações reais do envelhecimento, em seus múltiplos aspectos. A televisão, enquanto tecnologia, é ainda um veículo de comunicação central na experiência dos idosos ou das pessoas maduras. Entendemos que o Tá Brincando, além de um jogo, reúne temáticas que passam pela competição intergeracional, qualidade de vida e envelhecimento ativo.

## Metodologia da pesquisa

Para este artigo sobre as representações do envelhecer no Tá Brincando, analisamos os vídeos da primeira temporada do programa, em 2019, exibido nas tardes de sábado, nos dias 5, 12 e 19 de janeiro, 2, 9, 16 e 23 de fevereiro e 9 e 16 de março, com duração de 45 minutos cada, também disponíveis em formato reduzido no site *GShow*. Também observamos os conteúdos veiculados nesta plataforma digital, com um total de 57 conteúdos, desde o anúncio do surgimento do programa em 16 de novembro de 2018 até as últimas publicações em 16 de março de 2019.

Para a análise do *game show*, adaptamos as categorias do modelo teórico-metodológico das estruturas do imaginário midiático acerca da relação saúde-aparência, proposto por Mendes (2016). No caso do nosso artigo, tratamos do envelhecimento na conexão entre esporte-longevidade.

Quadro 1: Modelo teórico-metodológico das estruturas do imaginário midiático

| Categorias | Temática | A que se destina |
|---|---|---|
| Ideologia da velhice | Velhice é imaginário | Parte do imaginário social ligada a estereótipos negativos como "dependente", "fraco", "inativo", "inseguro" "inútil", "improdutivo", "isolado" e "triste". |
| Competição intergeracional | Velhice é imaginação | Aciona a reprogramação sobre a ideologia da velhice partindo das disputas entre pessoas jovens e velhas em provas que medem força, agilidade, estratégia, potência, conhecimento e raciocínio. |
| Desempenho dos *masters* e desafiadores | Velhice é imagem | Conquista-se uma imagem de equiparação de jovialidade entre grupos etários distintos. |

Fonte: Adaptado de Mendes (2016).

Para essa formulação, nos baseamos na literatura sobre a temática do envelhecimento e da longevidade com as obras de Ávila (1978), Haddad (1986), Neri (1991; 2001), Debert (2004), Terra e Rodrigues (2006) e de Plouffe, Voelcker e Kalache (2015). Também recorremos aos estudos que tratavam de atletas velhos e da prática de atividades físicas por parte dos idosos nos trabalhos de Soares (1995), Lazzoli et al. (2001) e Simões e Castellano (2017), assim como dos sentidos do esporte e do jogo com Bento (2004).

No programa, em cada edição destacamos os elementos, características, adjetivos e atributos definidores do Tá Brincando, assim como os que eram dirigidas aos mais velhos, as representações estéticas e visuais, assim como o discurso dos próprios convidados 60+. Nesse sentido, também observamos o perfil de cada "*master*" e o desempenho das competições que eram envolvidos. No *site*, realizamos uma análise do conteúdo das publicações, ressaltando as temáticas abordadas e identificamos formas de referenciação aos "*masters*".

## Resultados e discussões: esporte é longevidade?

Antes de iniciarmos a nossa análise, apresentamos algumas informações sobre o programa. O projeto do Tá Brincando começou a ser desenhado em 2018, mais precisamente em fevereiro quando o apresentador Otaviano Costa, então à frente do *Vídeo Show*, foi informado de que teria um novo trabalho na Rede Globo. Daquele mês até junho foram feitas uma série de pesquisas para descobrir o caminho do que seria criado, a formatação e a realização da

atração. A linha do programa foi uma sugestão da área de Desenvolvimento e Acompanhamento Artístico (DAA) da empresa.

Para Otaviano Costa, o programa era um aprendizado, sobretudo pela participação dos mais velhos, que eram, para o ator, "lições de vida ambulantes", que se destacavam por seus relatos de vida, de superação e "que são agarrados à vida. Amam o que fazem até hoje e desejam fazer por muito tempo ainda. Eu quero chegar nessa idade avançada fazendo tudo que eles fazem, da forma que eles fazem" (informação verbal).

Raquel Affonso, responsável pela redação final do programa, explicou que os responsáveis pelo Tá Brincando perceberam um movimento de pessoas de acima dos 60 anos de idade que estavam se reinventando e que o objetivo era mostrar um pouco delas na televisão: "A gente achou muito bacana o desafio master, que é a competição no palco. De um lado a expertise, a vivência e as medalhas desses masters contra a jovialidade dos desafiantes do outro lado" (informação verbal).

A idade é um dos principais definidores da categoria *master*, que não se refere, especificamente, à velhice, pois depende também da modalidade esportiva. No atletismo, a faixa etária a partir dos 35 anos já é assim considerada. Na natação enquadra-se as pessoas aos 25 anos, aos 27 no remo, aos 40 na musculação e culturismo, e aos 35 no tênis, por exemplo. Há ainda os desportos nos quais não há idade prevista, como no boxe. Dentre os veteranos e seniores existe também subdivisões etárias. Em sentido amplo, o *master* é um especialista, detentor de notório saber em determinada área do conhecimento.

Os dezoito convidados do Tá Brincando possuíam as qualidades e critérios que os definiam como *masters*, tanto pela idade, quanto pelo domínio. Desses, havia doze homens e seis mulheres. Catorze eram desportistas, ícones do futebol, do vôlei, sinuca, entre outras modalidades olímpicas, medalhistas ou recordistas em suas áreas. Quatro estavam envolvidos em atividades intelectuais, tanto no jornalismo, quanto no campo cultural. Podemos inferir dessa disparidade entre atores desses dois espaços que a longevidade expressa no físico era mais valorizada. A performática do corpo era o signo mais visível dessa relação.

No programa, antes de cada prova era exibido um vídeo de menos de um minuto onde os *masters* autoapresentavam-se. Neles se destacavam não "quem eram", mas "o que fizeram", seus trabalhos, atividades, conquistas, vitórias, prêmios, entre outros reconhecimentos. Surgiam ainda reflexões sobre mudanças nas carreiras e o peso da idade. As apresentações eram encerradas com os

*masters* lançando um desafio aos mais jovens. Os textos do *GShow* também repetiam a mesma estrutura, mas acrescentando o que os mais velhos faziam na fase madura.

Nos perfis da plataforma aparecem que Adélia Almeida é competidora do dardo; Bernard Rajzman é membro do Comitê Olímpico Brasileiro e do Comitê Olímpico Internacional; Edinho Nazareth Filho é comentarista esportivo; que Emiko atua em competições de veteranos de tênis de mesa e dá aulas da modalidade em um colégio; que Patrícia Medrado tem desde 1998 o seu próprio instituto, orientando crianças a ingressar no tênis e que continua jogando pelo circuito *master*; e que Gislaine Castro é dona de casa, atleta de *Crossfit* desde os 58 anos de idade e que ficou em primeiro lugar na América do Sul no *Crossfit Games*, campeonato mundial da modalidade, na categoria feminina (acima dos 60 anos).

Ainda no esporte, Hedla Lopes é retratada como triatleta, formada em educação física e empresária do ramo de academias; Waldemar Trombetta como atleta do remo do Guanabara; de Roberto Carvalho destaca-se que seu *hobby* é bilhar e que foi recentemente campeão em um campeonato que participou em um clube da sua cidade; de Marcel de Souza ressaltou-se que é formado em Medicina com especialidade em Radiologia e Medicina da Família e da Comunidade, sendo essa sua profissão atual; e de Rui Chapéu[3] relata-se que fazia apresentações de sinuca pelo Brasil.

Dos atletas, apenas Hortência Marcari e Servílio de Oliveira não são descritos pelo que fazem no presente. No segundo campo, Artur Xéxeo é descrito como repórter, editor, colunista, comentarista, autor e cronista; de Reginaldo Leme sublinha-se a cobertura da Fórmula 1; de Max Pierre o trabalho de produtor musical; e de Sidney Magal que é cantor. Todos são apresentados em vídeo no desempenho de suas atividades, com fotos e imagens do passado.

Ao falarem sobre a idade e lançarem o desafio, os *masters* refletem o imaginário sobre a velhice. Em seu depoimento, Hedla Lopes, caracterizada como a mulher de ferro, ressaltou que: "A pessoa falar porque você tem sessenta anos só me empolga. Não me deixa triste, não me deixa pra baixo. Muito pelo contrário, o esporte só veio me fortalecer como pessoa, como atleta e como ser humano" (informação verbal)[4]. Gislaine Castro fez a mesma referência

3 Rui Chapéu morreu aos 79 anos, vítima de infarto, em São Paulo, em 29 de fevereiro de 2020.

4 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://globoplay.globo.com/v/7279120/. Acesso em: 16 de jun. 2020.

no vídeo: "Às vezes, as pessoas acham que chegou aos sessenta e a vida parou. Não. Pra muita gente pode estar começando. Muito jovens chegam e dizem pra mim: 'Tia, eu tenho vergonha de não fazer o que você faz'" (informação verbal)[5]. Igualmente, Artur Xexéo enfatizou que: "Para as pessoas que acham que a idade é um limitador, presta atenção porque não é. Se você tiver disposição pra aprender, aí você não tem limite" (informação verbal)[6].

O mesmo imaginário é demonstrado quando a competição intergeracional é visibilizada. Bernard Rajzman, em seu relato, referiu-se a essa construção: "Quando eu jogo, tem garotada que joga contra mim. E eu vou na pressão. Desafio, digo assim: 'Você não vai ganhar de mim porque vocês têm medo, vocês tremem quando veem a gente'" (informação verbal)[7]. Rui Chapéu também se colocou nesse lugar reverso: "Eu gosto da idade que tenho. Já sou um campeão da vida. Você é muito novinho ainda, tem muito que aprender pra acabar com Rui Chapéu" (informação verbal)[8].

A velhice como imaginação ocorria no momento das competições intergeracionais. O programa tinha duração de 45 minutos, tempo no qual eram realizadas três provas com diferentes *masters* e uma dupla de jovens. Cada prova valia cinco mil reais para os competidores mais novos, que perdiam caso os convidados empatassem ou ultrapassem os seus resultados. As disputas readaptavam as práticas esportivas e as atividades intelectuais dos *masters*, nas quais as duplas poderiam optar por uma vantagem de tempo ou distância na competição, chamada de "lambuja". Nesse sentido, havia tentativas de igualar as condições físicas, como adicionar quilos às barras correspondentes ao peso dos participantes, independente do condicionamento físico e biológico, ou aumentar quilômetros percorridos nas provas de corrida ou remo, com os jovens na frente.

A idealização da eterna juventude é, portanto, reforçada, desconsiderando as próprias características físicas e biológicas do envelhecer. Por outro lado, havia um jogo de representações no Tá Brincando, o que podemos chamar

5 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://globoplay.globo.com/v/7295200/. Acesso em: 16 de jun. 2020.

6 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://globoplay.globo.com/v/7405958/. Acesso em: 16 de jun. 2020.

7 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://globoplay.globo.com/v/7312418/. Acesso em: 16 de jun. 2020.

8 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://globoplay.globo.com/v/7349988/. Acesso em: 16 de jun. 2020.

de um "efeito de transição". Os mais velhos, com idades pronunciadas pelo apresentador com destaque e reverência, passavam o programa sentados em poltronas, vestidos formalmente em *blazers*, tanto para homens, quanto para as mulheres, traje que passa uma mensagem de *status*, quebrado pelo despojamento do uso do tênis (Fig. 1).

Fig. 1: As duas representações dos *Masters* no Tá Brincando

Fonte: TV Globo

Já os jovens entravam no palco agitados com pulos, danças e brincadeiras, com um figurino de academia (Fig. 2). Ambos os grupos se igualavam esteticamente quando os *masters* desportistas eram desafiados, saindo de seus "pedestais" e transformavam-se em atletas. Nas duplas de jovens, um ou os dois participantes também tinham histórico na prática esportiva. Os mais velhos tiveram 21 vitórias, vinte delas no esporte e um em conhecimento musical, de diferentes gerações. Os desafiantes venceram seis provas, quatro desportivas e duas intelectuais, uma sobre músicas de distintas épocas e outra de fatos históricos do esporte brasileiro.

Fig. 2: Sarah Fonseca enfrenta Hedla Lopes na pedalera

Fonte: TV Globo

Nesse sentido, convém retomar um paradoxo levantado por Soares (1995). Ao analisar velhos atletas na década de 1990, o autor identificou em seus relatos que estes manifestavam o desejo de envelhecer para se tornarem "mais novos" na categoria acima da qual estavam participando. Ocorre que, quando estão na idade limite da categoria, eles competem com desportistas mais jovens cerca de cinco anos, o que reduz as possibilidades de um melhor desempenho. O quadro muda quando ultrapassam a faixa e adentram em outra fase onde eles são os recém-ingressos.

No caso do Tá Brincando, o que poderia ser uma desvantagem competitiva, transforma-se em um motor de autoestima e autoafirmação pela superioridade da vitória dos *masters* sobre os mais jovens, sobretudo nas provas físicas. A imaginação movimentada ainda reforçada por uma série de atributos, características e referências feitas pelos jovens aos velhos, geralmente pelo apresentador e pelas duplas. Estas são da ordem do conhecimento/cultura: sabedoria, experiência e independência; da raridade/surpresa: incríveis e espantoso; da proeminência: respeito, reverência, super-heróis e inspiração; e da juventude: espírito jovem, atitude jovem, fofo, jovialidade, coroa com sangue jovem, jovens senhoras ou senhoras jovens. Já quanto aqueles que os *masters* atribuem ao seu próprio grupo etário estão a saúde: boa forma, qualidade de vida e condicionamento físico; o conhecimento/cultura: memória ruim e muito conhecimento; e o estado de espírito: disposição, empolgação e o sentir-se campeão da vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

Em ambos os casos são apresentados aspectos positivos sobre o ter mais idade. Não ocorre assim o "emparelhamento de velhice como doença, senilidade, problemas psicológicos e incompetência comportamental" (NERI, 1991, p. 58) que legitima, a aposentadoria compulsória, discriminação no mercado de trabalho, as políticas sociais e previdenciárias danosas aos idosos e o seu asilamento. Tais atributos demonstram um discurso contra-hegemônico no que diz respeito a uma ideologia da velhice que "segrega um grupo do restante da sociedade e lhe atribui necessidades que exigem explicações e programas específicos" (ibidem, p. 58). Nesse sentido:

> O entorno da participação dos jogos e dos esportes tem, para o ser idoso, um significado bem diferente daquele conhecido pela criança e pelo adulto. A criança brinca num sentido individualista, fator necessário para a formação de sua personalidade. O adulto joga num sentido de competição, procurando conquistar espaços para a garantia dos valores em que acredita. O idoso joga, em muitas situações, não mais para conquistar espaços, mas provavelmente para socializar seu estilo de vida e talvez convencer os mais jovens de sua força de vontade, de sua tenacidade, bem como para viver a vida com qualidade (SIMÕES; CASTELLANO, 2017, p. 31).

Nesse viés, a boa forma e a qualidade de vida, principalmente advindas pela prática esportiva, eram menções recorrentes e apontadas como diferenciais, como no discurso de Servílio de Oliveira: "Quero parabenizar você porque, ao fazer essas disputadas dos *masters* com a juventude, na nossa idade, estando fisicamente bem, é importante pra abrir os olhos da sociedade que a prática desportiva é de fundamental importância pra qualidade de vida" (informação verbal)[9]. Tal aspecto também foi destacado por Hortência Marcari: "Eu vou fazer sessenta anos, mas não parece. Eu tô ótima" (informação verbal)[10].

Roberto Carvalho também expressou tal ideia, na aproximação entre desporto e rejuvenescimento: "O melhor esporte que existe para a saúde é a musculação, não tem nada melhor para rejuvenescer a pessoa. Ela mexe com

9 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://globoplay.globo.com/v/7369106/. Acesso em: 16 de jun. 2020.

10 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://globoplay.globo.com/v/7349980/. Acesso em: de jun. 2020.

todos os músculos do corpo" (informação verbal)[11]. Assim, ao mesmo tempo que o programa passava uma mensagem sobre a importância do exercício físico na vida das pessoas, também sugeria que o envelhecimento ideal é sinônimo de ter e manter corpos atléticos ao longo da vida.

Na página do programa, as reações (*react*) do público nas redes sociais digitais foram lidas e comentadas pelo apresentador. As interações dos telespectadores, em sua maioria jovens, refletiram os constrangimentos das gerações mais novas diante de idosos ativos e praticantes de esportes. O sedentarismo da juventude se sobressaiu já que estes não têm a mesma disposição dos mais velhos para os exercícios físicos. Os comentários também expressavam o desejo de envelhecerem como os *masters*. No *Twitter*, o apresentador realizou enquetes sobre para quem o público torcia e os mais votados foram os *masters*.

Não houve, no entanto, ressalvas quanto aos riscos e possíveis limitações na prática esportiva para o grupo etário dos idosos. Entre os problemas médicos mais comuns para estes estão o de natureza cardiovascular, musculoesquelética e termorreguladora (LAZZOLI et al., 2001). Uma observação é feita no caso do jogador de vôlei Bernard Rajzman. O desportista era o único da sua geração que não havia operado os dois joelhos, o que só veio a ocorrer antes das gravações do programa, estando ele há seis meses sem treinar.

> Em geral, o esporte em nossa sociedade assumiu o clichê 'esporte é saúde'; desse clichê deriva-se a ideia que o esporte proporciona longevidade. O esporte nunca é representado como uma fonte de traumatismos, lesões e sequelas, às vezes irreversíveis, que podem ocorrer nas mais suaves atividades. O esporte, assim, atrai para si apenas a ideia de saúde, longevidade e bem-estar (SOARES, 1995, p. 22).

Desse modo, dos perfis dos participantes maduros destacou-se a imagem dos idosos superatletas, em sua atitude jovem, e o da pessoa sábia e experiente que acumulou um capital de conhecimento. No esporte, o Tá Brincando foi uma forma de reviver a juventude na maturidade e de demonstrar que podiam competir igualmente com as gerações mais novas. As estratégias de equiparação refletiram o discurso fundante do programa expressos em frases ditas pelo apresentador como a de que idade não é nada no chamado "novo mundo", a

11 Depoimento ao Tá Brincando/GShow. Disponível em: https://gshow.globo.com/programas/ta-brincando/noticia/roberto-carvalho-conta-segredo-de-boa-forma-qualquer-idade-e-boa-para-se-exercitar.ghtml. Acesso em: 16 de jun. 2020.

não mais existência da terceira idade ou melhor idade, e a substituição desses expressões por jovens senhoras ou pessoas de atitude jovem. A ideia convergia com a postulação de cultura pós-moderna de Moody (1993).

O programa, em sua primeira edição, no dia 5 de janeiro de 2019, já anunciava que a sua missão era transformar como as pessoas vivem a vida e no dia 23 de janeiro de 2019 que os *masters* modificariam o nosso ponto de vista sobre todos os aspectos. Em 23 de fevereiro, o apresentador destacou, após as performances dos mais velhos, que o papel da experiência era ser usada como multiplicador. A inspiração no presente, passado e futuro também eram virtudes que apareciam recorrentemente. Assim, a competição poderia ter diversos sentidos:

> Competir, para os *Masters*, pode significar várias coisas, como um estilo de vida, um reencontro com a aura da vitória, uma possibilidade de sociabilidade e até uma nova forma de preparação para envelhecer, embora deva-se fazer distinções de vínculos neste movimento a partir da história de vida dos integrantes, isto é, uns possuem passado esportivo e outros não (SOARES, 1995, p. 24).

Além das competições com os *masters*, a atração também tinha três quadros, o "Valeu a Pena", no qual os mais velhos reviviam momentos de suas trajetórias pela experiência e com homenagens; "Os Impressionantes", que apresentava idosos com *hobbies* radicais, realizados junto com o apresentador, sobre os quais criava-se a expectativa entre o velho em atividades "normais" e suas práticas "incomuns"; e "Todo Mundo Tá Brincando", com apresentações artísticas intergeracionais. O jogo entre imaginário, imaginação e imagem se estabelecia da mesma forma nesses quadros

No recorte do programa, o envelhecer também era apresentado em suas pluralidades, percorrendo outras temáticas tais como o casamento e o amor na fase madura, a perda de espaços, como a limitação para dirigir, a reversão das carreiras e mudanças de área com a aposentadoria e a ausência de memória social, quando seus nomes já não eram reconhecidos pelas novas gerações. Nesse último aspecto, o Tá Brincando constituiu-se como espaço de visibilidade e de reavivamento das trajetórias, competições e vitórias midiatizadas desses personagens, em particular dos atletas, na juventude, já que as competições *masters* não são veiculadas na mídia como outros eventos espotivos.

Na página do programa no *GShow* havia mais conteúdos sobre os *masters* e também de outras personalidades nessa faixa etária. A maioria das publicações, 31 delas, são de bastidores do programa, da estreia até relatos de

experiências do apresentador com as gravações. Saúde e boa forma eram os aspectos mencionados nas sete ocorrências, como nos exemplos a seguir: "Aos 62 anos, atleta de *crossfit* que faz parte do time de masters do 'Tá Brincando' chama atenção do público com sua saúde e boa forma"; "Musa fitness de 62 anos fala sobre a vida saudável: 'Idade não é limite'"; "Roberto Carvalho conta segredo de boa forma: 'Qualquer idade é boa para se exercitar'"; e "Hortência fala sobre boa forma, perto de completar 60 anos: 'Me sinto ótima'".

Os limites da eterna boa forma na maturidade aparecem no depoimento de uma ex-bailarina: "Ana Botafogo conta como se preparou para se aposentar dos palcos: 'O corpo sente'". Os desafiantes também eram ouvidos sobre a temática: "Arthur e Thaís celebram participação no 'Tá Brincando' e falam sobre boa forma". Assim como na televisão, era a estética e o rigor dos corpos que foram mais ressaltados. As demais publicações destacavam alguns momentos do programa, a repercussão e o desempenho dos *masters* e desafiantes.

Embora o Tá Brincando tenha garantido liderança a Rede Globo nas tardes de sábado, com médias de audiência entre 9 e 11 pontos, o programa não atingiu a popularidade esperada e não movimentou o mercado publicitário. Uma nova temporada não foi anunciada para 2020 e, ainda em maio de 2019, o apresentador pediu demissão. Além dos motivos alegados, podemos discutir se o formato e conceito utilizados foram os responsáveis pela vida efêmera da atração, ou se se trata também do desinteresse ainda existente nas empresas para atenderem a um público maduro. Tais aspectos poderão ser objeto de novas pesquisas.

## Considerações finais

Propomos neste artigo uma análise sobre as representações do envelhecer no programa Tá Brincando, da Rede Globo, exibido nos três primeiros meses de 2019. Consideramos o *game show* uma tecnologia que movimentou imaginários sobre o envelhecimento, ao contrapor a ideologia da velhice como doença e senilidade e a imagem de idosos superatletas, sobretudo. Uma série de aspectos puderam ser observados nesse estudo. Um dos primeiros deles foi que houve, por parte do grupo de comunicação, a percepção do fenômeno de pessoas acima dos sessenta anos de idade em novas configurações de vida ativa na maturidade. A existência de um espaço na televisão para a temática não prescindiria, de toda forma, de um *insight* dos profissionais da emissora, já que o próprio Estatuto do Idoso, desde 2003, já recomendava que a mídia inclui-se, dentro de sua grade, horários para discussão do envelhecimento.

ISBN 978-65-86901-26-9

O segundo aspecto que ressaltamos é o lançamento de uma percepção diferente sobre os padrões etários, pregando a exclusão da idade como elemento diferenciador entre juventude e velhice. Daí decorre a busca por uma equiparação entre as gerações por meio da competição de *masters*, muitas vezes sobrepondo os indivíduos mais novos. No entanto, é errôneo supor, por exemplo, que os idosos se submeterão às mesmas condições de trabalho como na juventude, principalmente os mais pobres e menos qualificados que estão em atividades que requerem força física. Do mesmo modo, nem todos eles terão as mesmas habilidades e capacidades para a prática das atividades físicas e esportivas exibidas no programa.

O terceiro elemento observado, em virtude da presença numericamente superior de *masters* desportistas, foi a assimilação do esporte como sinônimo de longevidade. A boa forma e o desempenho positivo dos atletas velhos eram fatores representativos da imagem da jovialidade e do rejuvenescimento, o que não condiz, necessariamente, com a realidade apontada pelos teóricos do envelhecimento. Outros motivos estão associados ao aumento da longevidade, além do que a prática esportiva também tem seus riscos e limitações.

Por outro lado, além dos imaginários mobilizados, o programa também se configurou como espaço de visibilidade para a ideia do envelhecimento ativo e como um lugar de memória para importantes personagens da história recente do Brasil. Atletas, jornalistas e artistas puderam ser apresentados a uma nova geração de espectadores. Do mesmo modo, tais personagens também tiveram uma oportunidade de autoafirmação de suas trajetórias. A possibilidade de vitória, ainda que entre atletas de toda vida, funcionou como estímulo, ainda que na arena dos discursos pelos comentários, tanto para as gerações mais velhas, quanto para as mais novas.

Jovens e velhos já foram apresentados em outras ocasiões competindo entre si na televisão, o que reflete as disputas que são agenciadas em outros espaços da sociedade, ou seja, os conflitos geracionais. Entretanto, a existência de um programa, de vida curta na televisão, mais prolongada pela memória da internet, nos instigou a investigar a geração de imaginários sobre o envelhecimento. É da incipiente formação de espaços para o debate sobre a temática que são criados canais específicos, muitas vezes comandados pelos próprios veteranos, *masters* e seniores, para visibilizar e expor em conjunto as necessidades, desafios, reinvenções e sentimentos desse grupo etário mais velho. O conceito de Tecnologias do Imaginário, por sua vez, nos possibilitou investigar as imagens que são geradas sobre o envelhecimento e a longevidade nesses ambientes comunicativos.

## Referências

ÁVILA, J. J. **Geriatria e gerontologia:** sua importância no mundo atual. In**: Senecta - Revista Médica – Clínica e Terapêutica da Terceira Idade**. Rio de Janeiro, ano 1, v. 1, p. 5-22, 1978.

BENTO, J. O. **Desporto**: discurso e substância. Porto: Campo das Letras, 2004.

BRASIL. **Estatuto do Idoso**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf. Acesso: 20 de jan. 2020.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – Fapesp, 2004.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - 2019**. https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101651_notas_tecnicas.pdf. Acesso em: 28 de jun. 2020.

INEP. **Censo de Educação Superior de 2017**. Disponível: http://portal.inep.gov.br/censo-da-educacao-superior. Acesso em: 28 de jun. 2020.

GSHOW. **Tá Brincando**. 2019. Disponível em: https://gshow.globo.com/programas/ta-brincando/. Acesso em: 11 de jun. 2020.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice.** São Paulo Editora Cortez, 1986.

LAZZOLI, J. K. et al. Esporte Competitivo em Indivíduos acima de 35 anos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.7, n.3, Niterói, mai-jun. 2001.

MAFFESOLI, M. O imaginário é uma realidade. **Famecos**, Porto Alegre, n.15, p. 74-81, 2001.

MENDES, P. M. C. **Saúde imaginária:** a reprogramação do corpo no *reality show*. 248 f. 2016. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Artes e Comunicação. Comunicação, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/20158. Acesso em: 23 de jan. 2020.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Relação Anual de Informações Sociais - 2019**. Disponível em: http://www.rais.gov.br/sitio/index.jsf. Acesso em: 23 de jun. 2020.

MOODY, H. R. Overview: What is Critical Gerontology and Why is it Important? In: COLE, T. C. et al. (Orgs.). **Voices and Visions od Aging**: toward a Critical Gerontology. New York: Springer Publishing Company, 1993.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens:** significados de velhice e envelhecimento segundo Brasileiros não Idosos. Campinas: Editora da Unicamp, 1991.

_____. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In: MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; COSENZA, R. M. **Neuropsicologia do Envelhecimento:** uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Editora Artmed, 2013, p. 17-42.

NEWMAN, N. et al. **Reuters Institute Digital News Report 2020**. Oxford: Reuters Institute for the Study of Journalism, 2020. Disponível: https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-06/DNR_2020_FINAL.pdf. Acesso: 16 de jun. 2020.

PLOUFFE, L.; VOELCKER, I.; KALACHE, A. **Envelhecimento Ativo:** Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade. 1ª ed. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil, 2015.

SILVA, J. **As tecnologias do imaginário**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

SIMÕES, R.; CASTELLANO, S. M. Esporte e idosos: jogar, competir e viver. In: **Revista Motricidades**, v.1, n.1, p. 29-41, set.-dez. 2017. Disponível

em: DOI: http://www.motricidades.org/journal/index.php/journal/article/view/2594-6463.2017.v1.n1.p29-41. Acesso em: 25 de jun. 2020.

SOARES, A. J. G. "Jovens-velhos" esportistas eternamente?. In: **Revista Movimento**, n. 3, 1995. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/2195. Acesso em: 24 de jun. 2020.

TERRA, N. L.; RODRIGUES, N. C. **Gerontologia social para leigos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

# EXPECTATIVA DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS COM RELAÇÃO À TERAPÊUTICA QUIMIOTERÁPICA: UM ESTUDO REALIZADO NO HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA CAPITAL PARAIBANA

Juliana Barbosa Medeiros[1]
Ítalo Kleber Medeiros dos Santos[2]

**Resumo:** O câncer é uma doença crônico-degenerativa considerada grave na maioria das vezes, quando diagnosticada tardiamente. Atualmente é considerado um problema de saúde pública, devido ao aumento no número de casos e à gravidade de problemas que ele proporciona. O presente estudo, tem por objetivo investigar a expectativa dos pacientes oncológicos com relação à Terapêutica Quimioterápica. A pesquisa foi do tipo descritiva quanti-qualitativa, realizada em um Hospital Filantrópico Oncológico localizado na cidade de João Pessoa – PB. A amostra foi composta por 15 pacientes acompanhados pelo setor ambulatorial em agosto de 2017. Os resultados evidenciaram que os pacientes apresentam efeitos da terapia em seu organismo, angustiando-se pela "peregrinação" imposta ao realizá-lo, e da mesma forma agarram-se a ele como se fosse à última fonte de esperança de cura. Os mesmos relataram sentimentos de temor, afastamento do trabalho, dentre tantas outras dificuldades decorrentes de sua enfermidade. Afirmam que a família é um ponto importantíssimo para a superação de todos esses problemas desagradáveis através do apoio emocional, da companhia, da ajuda financeira e do conforto que eles proporcionam. Asseguram que apesar de todas as dificuldades que a enfermidade causa, têm esperança com relação à cura da sua doença, proporcionada pela crença em um ser maior e também por confiarem no tratamento quimioterápico. Toda essa crença e confiança proporcionam aos pacientes uma auto-estima muito grande para enfrentarem e não desistirem da batalha contra o câncer.
**Palavras-chave:** Câncer, Quimioterapia, Expectativas.

1 Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, julianabcnet@hotmail.com;

2 Enfermeiro graduado na Universidade Federal da Paraíba - UFPB, italokleber_enf@yahoo.com.br;

## Introdução

O câncer é uma doença crônico-degenerativa considerada grave na maioria das vezes, quando diagnosticada tardiamente. Muitos são os tratamentos, com o propósito de melhoria da sobrevida, alívio dos sintomas e cura. Hoje, no mundo, é considerado um problema de saúde pública, devido ao aumento no número de casos e à gravidade de problemas que ele proporciona, tanto aos familiares como principalmente, aos pacientes. Esses problemas não se fazem apenas na esfera biológica, mas também na esfera psicossocial de todos os envolvidos (BRASIL, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é esperado um crescimento de 50% no número de casos de câncer no mundo para os próximos 20 anos, em parte porque nações pobres estão adotando hábitos de vida pouco saudáveis. Atentando para as taxas de mortalidade das macrorregiões do Brasil, o câncer é encontrado em diferentes colocações, mas sempre incluído entre as primeiras causas de morte, ao lado das doenças do aparelho circulatório, causas externas, doenças respiratórias, afecções do período perinatal e doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2020).

São muitas as causas que podem desencadear o câncer, que segundo Smeltezer e Bare (2011) podem ser: vírus e bactérias, fatores físicos, fatores químicos, fatores genéticos e familiares, fatores dietéticos e hormonais. E são diante desses vários fatores causadores do câncer, que se tornam importantes os pensamentos com relação à prevenção, pois a mortalidade causada pelo câncer irá diminuir através de medidas que diminuam sua incidência. Conforme as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um terço dos casos de câncer podem ser prevenidos.

Das diversas formas de tratamento do câncer, tais como cirurgia, radioterapia, terapia com agentes biológicos e a quimioterapia, pode se considerar que a quimioterapia é uma modalidade muito importante no tratamento, porém é uma das formas que mais causam efeitos colaterais ao paciente, e consequentemente, problemas de ordem psicossocial a eles e aos seus familiares.

Esse tratamento se desvela impregnado de sofrimento, não somente na esfera física, mas abrangendo toda a dimensão humana do doente. O pensar de Popim (2010, p.8) reforça essa ideia:

> A quimioterapia implica na administração de drogas medicamentosas de efeitos colaterais que se fazem presentes de maneira acentuada, podendo levar o paciente muitas vezes, à toxicidade

ISBN 978-65-86901-26-9

> de várias naturezas e intensidade. Sem dúvidas para o doente é uma barganha em prol de sua própria vida. Assim, o tratamento quimioterápico se constitui fator crítico a ser enfrentado (POPIM, 2010, p.8).

Muitos problemas surgem quando o paciente recebe a notícia da sua doença. Sua vida muda completamente, desde o acordar, passando pelo dia-a-dia e chegando ao dormir. Essas dificuldades que surgem incluem três fatores: biológico, social e psicológico. Diante dessas dificuldades surgem questionamentos na mente dos pacientes a respeito da gravidade da doença, se os familiares irão cooperar, como enfrentar o julgamento social, como superar a possibilidade da morte, como suportar o tratamento, como enfrentar mudanças corporais decorrentes do tratamento e assim por diante.

Correlacionando a temática à prática, observa-se que os profissionais, enfermeiros, reconhecem a importância dos diversos tratamentos do câncer, porém as prioridades não devem recair apenas no manejo da doença, mas se estender ao ambiente construído ao seu redor. As pessoas portadoras de câncer devem ser vistas como sujeitos, na singularidade de sua história de vida, condições socioculturais, anseios e expectativas. A abordagem dos indivíduos com a doença deve acolher as diversas dimensões do sofrimento (físico, espiritual e psicossocial) e buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida (RIBEIRO, 2019).

Considerando a relevância do panorama apresentado e os diversos problemas enfrentados pelos pacientes oncológicos, desde o diagnóstico da doença, passando pelas diversas etapas de seu tratamento e por fim o retorno ao meio social em que vivia antes da doença, surgiu à idéia da realização deste estudo, no entanto diante da contextualização apresentada indagamos: Quais seriam as expectativas dos pacientes oncológicos com relação ao tratamento quimioterápico?

Baseado no despertar da temática acima mencionada, a presente pesquisa surgiu da motivação calçada na vivência profissional, enquanto enfermeiros inseridos na prática da especialidade oncológica, bem como na experiência pessoal, onde familiares estiveram acometidos por processo cancerígeno sendo submetidos ao tratamento quimioterápico, apresentando mudanças importantes na vida, pensamentos e no emocional durante o decorrer do tratamento. Outro aspecto de motivação é a busca pelo aprendizado de uma assistência oncológica mais holística, visto que o câncer é uma doença que traz em si

um mecanismo de alteração significativa, na esfera biopsicosocial, tanto do paciente como das pessoas que estão ligadas a elas.

Nessa perspectiva, a enfermagem em assistência oncológica necessita desenvolver cuidados ampliados à saúde onde a abordagem biopsicossocial deve ser considerada como um aspecto relevante, portanto, partindo da premissa de que o câncer é um processo patológico que acomete o cliente em toda sua essência de ser humano e que necessita de qualificação de profissionais para o cuidar das suas diversas etapas terapêuticas, incluindo suas expectativas, acreditamos, ser esta pesquisa de caráter relevante e de grande valia para enfermeiros atuantes na área e para estudantes futuros profissionais, servindo ainda de subsídio para a realização de outras pesquisas equivalentes à temática. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo investigar a expectativa dos pacientes oncológicos com relação à Terapêutica Quimioterápica acompanhados em um hospital de referência da capital paraibana.

## Metodologia

A pesquisa teve caráter descritivo com abordagem quanti-qualitativa que de acordo com Trivinõs (2009), define quantitativa como sendo uma investigação baseada na estatística que procura resultados objetivos, esta abordagem possibilita ao investigador encontrar elementos necessários à obtenção dos dados desejados, quando em contato com determinada população. Para Haguette (1997), a pesquisa qualitativa é um estudo que visa conhecer as características de um fenômeno para posteriormente procurar explicações das causas e conseqüências, tendo como objetivo a descrição das características de uma determinada população. Entendendo como qualitativa à medida que procuramos compreender, analisar e interpretar o conteúdo expresso nas unidades de pensamento, emitido pela população estudada (PEREIRA, 2016).

A pesquisa qualitativa para Lefévre e Lefévre (2012) é o método escolhido quando a questão pesquisada exige uma compreensão dos processos, eventos e relações no contexto da situação social e cultural. Ao invés de gerar dados numéricos que suportam ou refutam hipóteses claras, o objetivo dessa pesquisa é produzir descrições factuais, baseadas no conhecimento face a face de indivíduos e de grupos sociais, em suas circunstâncias naturais.

Os autores mencionados acima afirmam ser útil este tipo de pesquisa na obtenção de informações em situações e problemas dos quais se tem pouco conhecimento. Este método é comumente utilizado para prover uma descrição

detalhada dos procedimentos, crenças e conhecimentos relacionados com as questões de saúde ou ainda para explorar os motivos de certos comportamentos, incluindo opiniões sobre um assunto especial.

O estudo foi realizado em um Hospital Filantrópico Oncológico localizado na cidade de João Pessoa - PB, no setor ambulatorial, na especificidade de oncologia clínica, cuja especialidade é referência para o Estado da Paraíba. Esta instituição hospitalar foi escolhida decorrente aos seguintes critérios: ser considerada centro de referência do Estado da Paraíba na especialidade oncológica; possuir controle ambulatorial dos pacientes assistidos; prestar assistência a um número elevado de pacientes; ter condições de trabalho diferenciadas; possuir uma estrutura funcional bastante organizada o que facilitou a identificação dos pacientes para a entrevista.

A população do estudo foi constituída por todos os pacientes atendidos no ambulatório, na especificidade de oncologia clínica, do referido hospital, perfazendo um total de 731 pacientes oncológicos. Para a organização do campo amostral determinou-se um recorte temporal no mês de agosto de 2017, durante o qual foram coletados os dados preliminares de 15 pacientes no setor ambulatorial. Para o recorte amostral utilizaram-se os seguintes critérios: pacientes de ambos os sexos; fase adulta e idosa; acompanhados no ambulatório em consulta de retorno da quimioterapia.

Para a execução desta pesquisa foi considerado a observância preconizada pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos no país (BRASIL, 2012). O projeto que deu origem a este trabalho foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, protocolado sob Nº 936/07.

Seguindo esses princípios e respeitando os aspectos éticos, foi mantido um contato prévio com a direção do hospital, em seguida seu responsável técnico de enfermagem e seqüenciado pelo coordenador do setor ambulatorial, local que foi escolhido para amostragem. Durante os esclarecimentos apresentados, foi enfatizado a importância da colaboração por parte dos pacientes para o enaltecimento da pesquisa, seu anonimato, sua privacidade, sua confidencialidade e a sua liberdade de participação ou não desta pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com auxílio de um gravador e/ou anotações escritas, para os casos discordantes. Foi utilizado um formulário com questões norteadoras contendo duas etapas, a primeira com perguntas objetivas inerentes aos dados de caracterização da amostra e a

segunda etapa, subjetiva, contendo dados concernentes ao objetivo proposto. Este formulário foi utilizado individualmente aos pacientes sendo aplicado pelo próprio autor de forma reservada para evitar constrangimentos e promover maior liberdade nas respostas.

A análise dos dados foi realizada em duas etapas, a primeira em extração percentual das variáveis dos dados inerentes a caracterização da amostra e a segunda etapa subjetiva, através de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) onde seguimos os seguintes princípios: coerência, posicionamento próprio, distinção entre os tipos de discursos e produção de uma artificialidade natural onde se aproveita todas as idéias presentes nos depoimentos, de acordo com o que propõe Lefévre e Lefévre (2012), trata-se de uma estratégia metodológica de análise utilizada em pesquisa qualitativa composta de um conjunto de procedimentos de tabulação de dados provenientes do estudo, como se o discurso de todos os participantes fosse o discurso de um só.

## Resultados e discussão

Para proceder o conhecimento descritivo dos pacientes investigados foi construída uma tabela que retrata o número de indivíduos participantes da pesquisa e a faixa etária a qual pertencem (Tabela 1).

TABELA 1 – Distribuição percentual referente à idade dos pacientes oncológicos. João Pessoa-PB. Ago. 2017.

| IDADE | Nº | % |
|---|---|---|
| 22 a 30 anos | 1 | 7 |
| 31 a 40 anos | 1 | 7 |
| 41 a 50 anos | 5 | 33 |
| 51 a 60 anos | 6 | 40 |
| Acima de 60 anos | 2 | 13 |
| **TOTAL** | **15** | **100** |

Fonte: pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

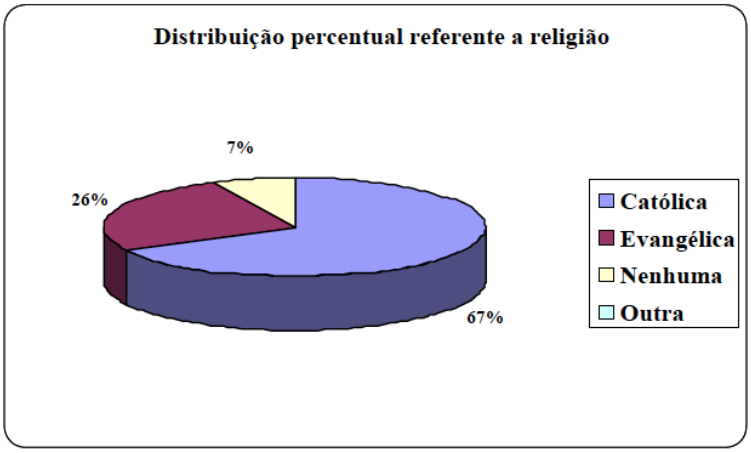
Evidencia-se na tabela 1 que o maior número dos pacientes oncológicos tem idade entre 51 e 60 anos, 40% (6), e entre 41 e 50 anos, 33% (5), enquanto o menor número dos pacientes tem idade entre 22 e 30 anos, 7% (1), e entre 31 e 40 anos, 7% (1).

ISBN 978-65-86901-26-9

Supostamente, quanto maior a idade maior será a probabilidade de se desenvolver um câncer, ou seja, o câncer é uma doença marcada por características próprias, tais como: um grande período de latência, uma fase assintomática prolongada e o envolvimento de múltiplos fatores de risco, e é devido a todas essas características que o câncer proporcionará um maior número de casos em pessoas com mais idade. Segundo Ayoub (2000), a prevalência do câncer está relacionada diretamente com o aumento da expectativa de vida da população e, em se tratando de uma doença degenerativa espera-se que a sua frequência seja maior na faixa etária mais avançada.

Percebe-se no Gráfico 1 que a grande maioria dos pacientes oncológicos possuem algum tipo de religião, perfazendo-se num total de 93%. Desses, 67% são católicos e 26% são Evangélicos. Em contrapartida, apenas 7% não possuem religião alguma.

GRÁFICO 1 – Respostas dos pacientes oncológicos relacionados à religião. João Pessoa-PB. Ago. 2017.




**Fonte:** pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

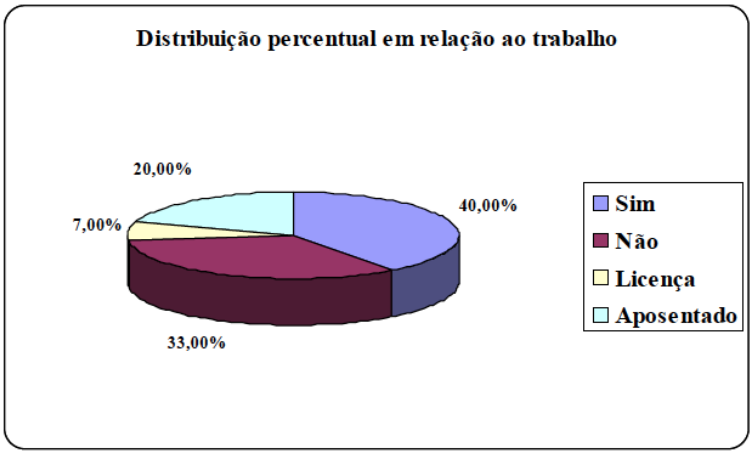
Nesse sentido, acredita-se que a religião e/ou a crença em um ser maior, proporciona aos pacientes oncológicos a busca por forças para enfrentar o difícil momento que estão passando devido à enfermidade que os acometeram. Essa força é advinda da fé que eles têm em um ser maior que poderá curá-los.

Ribeiro e colaboradores (2019), ao avaliarem a conduta, a prática e a atitude religiosa frente à doença, relataram que esses instrumentos foram positivos e importantes para a saúde física, social e psicológica entre os pacientes

oncológicos hospitalizados e medicados. As pessoas com câncer podem usar a sua religiosidade como uma estratégia de enfrentamento na busca de alívio quando estão angustiadas.

No tocante às relações de trabalho, visualiza-se no Gráfico 2 que 40% dos pacientes oncológicos exerciam atividade laboral, enquanto que 60% não desempenham nenhum tipo de atividade, e desses, 7% estão de licença do trabalho e 20% são aposentados.

GRÁFICO 2 – Respostas dos pacientes oncológicos em relação ao trabalho. João Pessoa-PB. Ago. 2017.




**Fonte:** pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2007.

Supostamente o trabalho não é possível no período da doença devido à debilitação dos pacientes, relacionado à própria doença e também aos efeitos colaterais provenientes do tratamento quimioterápico. Essa falta de trabalho, para muitos, proporciona uma crise financeira para a família e distúrbios psicológicos para todos os envolvidos.

Referente à questão trabalhista, Martins (2012) afirma que no transcurso da doença do empregado, o pacto laboral não pode ser rescindido. Declara o art. 467 da CLT que, em caso de seguro-doença ou auxílio-enfermidade, o empregado é considerado em licença não remunerada, durante o prazo desses benefícios.

Os quinze primeiros dias do afastamento do obreiro em função de doença são pagos pela empresa, computando-se como tempo de serviço do

trabalhador (§ 3º DO ART. 60 DA Lei nº 8.213/91). Trata-se da hipótese de interrupção do contrato de trabalho.

A partir do décimo sexto dia é que a Previdência Social paga o auxílio-doença (art. 59 da Lei nº 8.213/91). Não há, entretanto, pagamento de salário pela empresa. O tempo de afastamento é computado para férias, pois se trata de enfermidade atestada pelo INSS (art. 131, III, da CLT)

No tocante à análise qualitativa e as inferências referentes ao discurso do sujeito coletivo, foram descritas em quadros a ideia central e o discurso propriamente dito, para assim compreender a expectativa dos pacientes e seus sentimentos com relação ao câncer; especificar o papel da família durante o tratamento quimioterápico e descrever a expectativa dos pacientes com relação à cura da doença.

**Quadro 1** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: Quando o (a) senhor (a) descobriu que estava com câncer, como se sentiu e qual foi a sua reação?

| Ideia Central - 1 | Discurso do Sujeito Coletivo - 1 |
|---|---|
| Pensei na morte, fiquei muito triste | Quando eu descobri que tava com essa doença, minha reação foi cair em depressão, a gente pensa logo será que eu vou morrer, meu Deus? Mas com o tempo a gente vai aceitando [...] Agora a pessoa sofre muito, se você não tiver fé em Deus, você cai mesmo [...] A minha reação foi horrível, porque quando você descobre uma doença dessa acha que vai morrer, eu senti mais pelo o povo de casa, porque eles me olhavam como se eu não tivesse mais chance, eu tava sozinha quando eu soube [...] Quando eu soube que estava com a doença, eu fiquei muito triste, foi muito ruim, mas graças a Deus eu to vivendo [...] Parece que o mundo acaba pra você, mas depois você ver que pode não ser o fim e começa a aprender a conviver com isso. |

Fonte: pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

Evidencia-se no quadro 1 que das respostas dos participantes da amostra as mais incidentes foram o pensamento de morte e a tristeza relacionados ao diagnóstico da doença. Acredita-se que ao se ter a notícia do diagnóstico de câncer, a grande maioria dos envolvidos, pacientes e familiares, encara esse momento com intensa angústia, sofrimento e ansiedade, ou seja, é uma reação psicológica ao diagnóstico de uma doença grave. Além disso, acredita-se também que o diagnóstico acarreta pensamentos relacionados à morte devido à sociedade ter em mente a ideia que o câncer sempre será uma doença fatal, e também pelo fato do câncer ser uma patologia que na maioria das vezes,

quando diagnosticado tardiamente, acarreta ao paciente uma sobrevida muito pequena.

Apesar dos avanços da medicina no tratamento do câncer e do aumento de informações veiculadas pela mídia, o câncer ainda equivale, muitas vezes, a uma "sentença de morte", comumente associado à dor, sofrimento e degradação (GAZZI; KAJIKA; RODRIGUES, 1991). A literatura nos mostra que o câncer sempre foi percebido como algo vergonhoso, sujo, contagioso e sem cura, sendo uma doença tradicionalmente relegada pela sociedade (LEAL, 2011).

**Quadro 2** – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta a pergunta: Qual foi o seu comportamento ao saber que teria que se submeter à quimioterapia?

| Idéia Central - 1 | Discurso do Sujeito Coletivo - 1 |
|---|---|
| Tive medo, fiquei deprimido e nervoso | Quando o médico disse que o tratamento era a quimioterapia, eu fiquei triste, porque é um tratamento pesado, tive medo, mexeu muito comigo [...] A minha reação quando o médico disse que eu ia fazer quimio foi de medo, ele disse que eu podia desmaiar, teria enjôo, ia ficar esmorecido e tal, e é verdade mesmo, mas eu reagi muito bem ao tratamento [...] Quando ele disse que eu ia fazer, eu chorei tanto, me peguei muito com Deus, fiquei deprimida, só vivia chorando, mas agora eu to bem [...] Eu fiquei nervoso quando eu soube que ia fazer quimio, de tanto o povo falar, isso me assustou. Eu fiquei adiando o dia de fazer a quimioterapia, sentia um frio na barriga, mas com fé em Deus eu iniciei o tratamento. |

Fonte: pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

Constata-se no Quadro 2 que as respostas mais evidenciadas pelos pacientes entrevistados dizem respeito ao comportamento de medo, depressão e nervosismo com relação a informação de que o tratamento seria a quimioterapia. Supostamente, a quimioterapia traz em si um pensamento único, por parte dos desinformados, de prejuízos físicos e sistêmicos para o seu organismo, e não o pensamento de que a quimioterapia poderá curar a sua doença. Suspeita-se então, que essa desinformação proporciona aos pacientes alterações psicológicas e emocionais ao saberem que irão se submeterem ao tratamento quimioterápico.

Atitudes como estão mencionadas acima, devem ser trabalhadas por profissionais qualificados de forma multidisciplinar, dentre eles o acompanhamento psicológico, pois sabemos que pacientes bem assistidos podem

contribuir positivamente para a aceitação do tratamento. Associamos ainda, ao fato de que o tratamento por si só gera alterações fisiológicas e psicológicas, o que vem agravar o estado emocional desses pacientes durante o tratamento, quando não trabalhados previamente, pois a agressividade às células normais incide, particularmente, sobre o tecido hematopoiético (medula óssea), germinativo, folículo piloso e aparelho gastrintestinal, uma vez que estes tecidos apresentam como característica uma alta atividade mitótica. Outras manifestações tóxicas são aquelas associadas à irritação do sistema nervoso central, que provocam o desencadeamento de náuseas e vômitos, e ainda aquelas associadas à irritação de tecidos por contato durante a administração dos quimioterápicos (BRASIL, 2020).

Quadro 3 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta a pergunta: Durante a quimioterapia o (a) senhor (a) sentiu algum desconforto? Quais?

| **Idéia Central - 1** | **Discurso do Sujeito Coletivo – 1** |
|---|---|
| Efeitos sistêmicos e no local da administração do medicamento | Eu tive uns desconfortos no começo, inclusive na última quimio eu tive alergia ao medicamento, caiu meu cabelo, essas coisas [...] Meu cabelo caiu, aí pronto, ele cresce e depois caí, mas eu quero é saúde, me senti fraco, sem fome, fiquei enjoado, com queimação no local, senti um pouco de dor [...] Eu vomitei, fiquei fraca, sem falar de fraqueza, o cabelo caiu logo, uma sensação horrível, cortei logo tudo [...] Quando eu comecei a fazer, senti tanta coisa: vômito, mal- estar, queimação, fraqueza, fui num sei quantas vezes para o hospital me acabando de dor no estômago [...] O cabelo caiu também [...] Meu cabelo caiu, fiquei com vontade de vomitar, tontura, fraqueza, quando aplica a injeção dói e queima, é tudo muito ruim [...] |

Fonte: pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

Percebe-se no Quadro 3 que a ideia central está voltada para efeitos sistêmicos e locais relacionados à quimioterapia, sendo introduzida neste quadro através das respostas mais incidentes dos pacientes oncológicos à pergunta em questão. Hipoteticamente, o tratamento quimioterápico está relacionado principalmente com a destruição das células cancerígenas, mas esse tratamento acaba atingindo também as células não-cancerígenas. E essa destruição proporciona efeitos adversos em todos os sistemas do organismo do doente, proporcionando a eles uma debilitação orgânica no momento e em alguns dias depois de terem realizado a quimioterapia. Já em relação aos efeitos no local da administração do medicamento, acredita-se que eles ocorrem devido à droga ter componentes muito fortes que provocam queimação e dor nas veias.

Segundo Bonassa e Gato (2012), por não possuírem especificidade, os quimioterápicos não agridem seletiva ou exclusivamente as células tumorais. Essas drogas agridem também células normais que possuem características comuns às células tumorais, ou seja, rápida proliferação, caracterizada por alta atividade mitótica e ciclo celular curto. Em função desta agressão às células normais se dá a toxicidade ou efeitos colaterais dos quimioterápicos. Esses efeitos colaterais podem ser sistêmicos, devido à agressividade dos quimioterápicos às células normais de todos os sistemas do organismo, e locais, devido os quimioterápicos provocarem efeitos irritantes ou vesicantes nos tecidos locais e próximos à sua administração.

Quadro 4 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta a pergunta: O (a) senhor (a) já sentiu vontade de desistir do tratamento? Por quais motivos?

| **Idéia Central - 1** | **Discurso do Sujeito Coletivo – 1** |
|---|---|
| Por causa dos desconfortos e devido à distância | Eu já senti vontade de desistir, fiquei desesperado pelo sofrimento todo, também por causa dos efeitos, mas não desisti [...] Eu já pensei em desisti, porque era muito ruim, nunca cheguei a desistir mesmo, só pensei [...] Eu já pensei em desistir por causa da distância, é difícil porque eu não sou daqui, mas quero continuar [...] Eu já senti vontade de desistir, porque demora sabe? Porque eu moro no sertão, é uma demora danada, aí pronto, mas nunca cheguei a desistir [...] É ruim demais [...] |

Fonte: pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

Observa-se no Quadro 4 que a partir dos discursos dos sujeitos, pôde-se ter uma ideia central relacionada à pergunta em questão, e essa ideia diz respeito à vontade de desistir do tratamento devido aos efeitos colaterais que a quimioterapia causa, como também devido à distância entre a residência dos pacientes e o local do tratamento. Acredita-se que o tratamento quimioterápico traz por si só várias metas a serem alcançadas por todos os pacientes a ela submetida, sendo a principal, a de superar os efeitos adversos desse tipo de tratamento. Diante disso, suponhamos que esses efeitos quando constantes e intensos nas seções de quimioterapia são responsáveis pela desistência ou pensar em desistir da maioria dos pacientes. Outro fator de desistência relatado pelos entrevistados é à distância da sua residência até o local do tratamento, visto que este fator proporcionará aos pacientes, o cansaço e custos financeiros devido à viagem, e principalmente, ausência dos familiares.

Bonassa e Gato (2012) mencionam que os principais efeitos colaterais da quimioterapia são a toxicidade hematológica, gastrintestinal, a

cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, a disfunção reprodutiva, toxicidade vesical e renal, alterações metabólicas, toxicidade dermatológica e anafilaxia. Frente à citação evidencia-se que as reações orgânicas que expõe o paciente são as mais variadas e inúmeras podem favorecer ao desconforto, o que pode ocasionar a desistência do tratamento.

Quadro 5 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta a pergunta: Sua família tem lhe ajudado neste período de tratamento? De que forma?

| **Idéia Central - 1** | **Discurso do Sujeito Coletivo – 1** |
|---|---|
| Dando apoio emocional e financeiro, fazendo companhia e dando conforto | Minha família me ajudou muito, me deu apoio emocional [...] Quando eles souberam, ficaram destreinados, mas porque eles pensaram que não tinha cura, mas quando souberam, me deram força [...] Até agora não faltou nada, eles me ajudam [...] Minha família dá uma ajuda muito grande, me dá passagem, pq eu sou agricultora, e me apóiam emocionalmente também [...] Meu irmão vem sempre comigo, meu pai me ajuda muito, graças a Deus. Esse apoio me fortalece muito [...] Minha família tem me ajudado muito, meu marido, meu pai e meus filhos, se preocupam comigo, me confortam, cuidam de mim [...] Eu me sinto bem melhor com isso, e enfrento o tratamento pelo o incentivo que eles me passam [...] Minha esposa evita querer saber, mas ajuda muito em casa com os filhos. A nossa situação financeira piorou, as contas atrasaram, e agora minha esposa e meus familiares estão segurando o rojão [...] Minha família ta me ajudando em conselhos e tudo, os que podem dão um dinheirinho, porque são pobres como eu. Eu me senti mais estimulado com minha família, aí eu vou me animando mais [...] |

Fonte: pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

Visualiza-se no Quadro 5 que os pacientes oncológicos quando questionados sobre a família, relataram com maior incidência que ela é de grande importância para o seu tratamento devido o apoio emocional e financeiro, além da companhia e do conforto que ela proporciona.

O existir do doente com câncer em tratamento quimioterápico é pautado por um sofrimento contínuo, que traduz sentimentos diferentes, dependendo dos momentos que vivem e das fases que experimentam. Diante disso, acredita-se que os pacientes oncológicos que tem uma família ao seu lado lhe ajudando, dando apoio e lhe incentivando nos momentos difíceis da vida que estão passando, terão uma maior força de vontade para lutar contra o câncer.

Ferreira e colaboradores (2010) consideram que a doença é parte do indivíduo: nessa concepção, é essencial pensar que ela está enraizada no viver de

seus familiares. Desse modo, a interação da família com o doente torna-se algo imprescindível no enfrentamento dos problemas advindos da enfermidade.

Quadro 6 – Ideia central e discurso do sujeito coletivo em resposta à pergunta: Qual a sua esperança com relação à cura da doença?

| Ideia Central - 1 | Discurso do Sujeito Coletivo – 1 |
|---|---|
| Ficar bom, com fé em Deus e no tratamento | Eu tenho muita esperança de cura, um dia eu vou ficar boa, Deus vai me ajudar [...] A esperança em relação à cura da doença é que eu vou ficar bom, porque eu confio em Deus e no tratamento, pq a quimioterapia vai queimar tudo, e confio em mim porque eu estou me empenhando[...]Eu quero ficar boa, é o que eu mais quero na minha vida, vai ser o dia mais feliz. Eu confio em Deus [...] Antes eu não tinha esperança de cura, mesmo com tratamento e tudo, mas agora eu confio em Deus. |

Fonte: pesquisa de campo/João Pessoa – PB – 2017.

Nota-se no Quadro 6 que a resposta mais incidente relacionada à esperança da cura da doença segundo os participantes da amostra foi a de ficar curado, dando confiabilidade principalmente à Deus e ao tratamento. Acredita-se que quase todos os pacientes oncológicos tem a crença que um dia poderão ficar curados, mesmo os médicos dizendo que em alguns casos isso não seja possível. Essa crença é advinda da fé em um ser maior e na credibilidade que os mesmos dão ao tratamento, por mais desagradável que seja. Isso impulsiona os pacientes a buscar e fazer por onde melhorarem, através do enfrentamento de todas as dificuldades que o câncer proporciona.

Segundo Sales e colaboradores (2003), o bem-estar espiritual impulsiona a esperança e fornece significado frente ao câncer que é caracterizado pelos momentos de incerteza. O estado de espírito do paciente com câncer será tanto mais positivo e animador quando alguém superior se faz presente em sua vida, além dos amigos e parentes. Os pacientes apontam Deus como sendo o diferencial para ultrapassar a fase da doença com mais segurança.

## Considerações finais

Ao iniciar este estudo, foi possível apreender não apenas a pessoa doente, mas sim o ser-no-mundo, vivenciando sua facticidade de estar-no-mundo com câncer e realizando o tratamento quimioterápico. Nesse pensar, ao adentrar no mundo do paciente portador de neoplasia, busca-se não apenas vislumbrar o paciente, mas compreender o ser humano em sua totalidade. Dessa maneira,

percebe-se que, nessa situação, ele manifesta seu modo de conviver com a doença, desvelando algumas facetas de sua trajetória existencial.

Nos relatos analisados, foi identificado que, ao descobrir-se no mundo com câncer, o ser passa a viver em um outro mundo, no qual a possibilidade de morte revela-se de forma inevitável. Nessa situação, o doente almeja não apenas o cuidado com sua doença, com seu corpo físico, mas anseia também as manifestações de solicitude que contemplem o seu existir doente.

Além disso, nos relatos dos pacientes, outro aspecto relevante que deve ser mencionado,que diz respeito ao desconchavo vivido pelos doentes ao descobrir que o tratamento é a quimioterapia. Por um lado temem os efeitos da terapia em seu organismo, angustiando-se pela "peregrinação" imposta ao realizá-lo, e da mesma forma agarram-se a ele como se fosse à última fonte de esperança de cura.

Diante dos relatos, observou-se que a quimioterapia traz em si efeitos adversos, além dos efeitos nocivos, para todo o ser do doente, ou seja, a quimioterapia é um processo marcante na vida daquele que a ela se submete. Ela leva o indivíduo a transformações profundas, principalmente no modo de viver e na visão do mundo.

Percebeu-se ainda que eles convivem em seu cotidiano com sentimentos de temor, afastamento do trabalho, dentre tantas outras dificuldades decorrentes de sua enfermidade. E segundo eles, a família é um ponto importantíssimo para a superação de todos esses problemas desagradáveis que o câncer proporciona, através do apoio emocional, da companhia, da ajuda financeira e do conforto que eles proporcionam.

Apesar de todas as dificuldades que a enfermidade causa, os pacientes relataram que têm esperança com relação à cura da sua doença. Essa cura, segundo eles, será proporcionada pela crença em um ser maior e também por confiarem no tratamento quimioterápico. Toda essa crença e confiança proporcionam aos pacientes uma auto-estima muito grande para enfrentarem e não desistirem da batalha contra o câncer.

Através desta pesquisa, conseguiu-se vivenciar o sentir do paciente em tratamento quimioterápico, o que não pode ser transmitido ou aprendido em aulas teóricas, fazendo com que todos possam refletir sobre a assistência que deve ser ministrada a esses doentes. Através de sua linguagem, compreende-se suas angústias, medos, incertezas e até mesmo a esperança de voltar a viver.

O cuidado aos pacientes oncológicos não deve se limitar apenas ao evento de tratar a doença. Esse cuidado vai muito além, ou seja, para atuar

com eficiência nesse contexto, os profissionais de saúde precisam compreender como a doença e o tratamento afetam o paciente e como ele as interpreta. Esse cuidar na sua totalidade proporcionará aos pacientes um período de enfrentamento da doença mais saudável.

O escutar e o olhar atentamente tornam-se instrumentos importantes para que o enfermeiro compreenda os doentes com neoplasias em sua singularidade. Para tanto, é fundamental entrar em seu mundo, ver as coisas através de seus olhos e escutar com envolvimento suas experiências. Enfim, foi permitida a possibilidade de compartilhar histórias de vida e sentimentos de cada sujeito do estudo e, principalmente, apreender que o cuidar é uma arte a ser aprendida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AYOUB, A. C. **Bases da Enfermagem em Quimioterapia**. São Paulo: Lemar, 2000.

BONASSA, E. M. A.; GATO, M. I. R. **Terapêutica Oncológica para enfermeiros e farmacêuticos.** 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2012. 650 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012. Acesso em: 12 de agosto de 2017. Disponível: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. 6 ed. rev e atual.– Rio de Janeiro: INCA 2020.

FERREIRA, N. M. L. et al. Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 9, n. 2, p. 269-277, 2010.

GAZZI, G; KAJIKA, M; RODRIGUES, C. O paciente com câncer: crenças e sentimentos sobre sua doença e o tratamento. **Acta Oncol Bras** 1991;11(1/3):123-6.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

LEAL, VM. **Histórico da inserção da psicologia no tratamento oncológico [palestra].** Instituto Nacional de Câncer. Hospital do Câncer III. setembro 2011.

LEFEVRE F., LEFEVRE A. M. C. **Pesquisa de Representação Social. Um enfoque qualiquantitativo**. Brasilia: Liberlivro, 2012.

MARTINS, P.S. **Direito do Trabalho**. 28.ed.S São Paulo: Atlas, 2012.

PEREIRA, J. M. **Manual de metodologia da pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2016. 224p.

POPIM, R. C. **O tratamento quimioterápico: o que é isto? - uma investigação fenomenológica**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, W. A. et al. O enfermeiro e a implementação do cuidado a família do cliente com Câncer. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 10, n. 1, p. 86-92, 2019.

SALES, C. A. et al; A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico. **Revista Ciências da Saúde**. V. 25. Maringá: 2003.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth – Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociai**s: a pesquisa qualitativa em educação. 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009. 175p.

# REVISÃO SISTEMÁTICA DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE FELICIDADE E BEM-ESTAR SUBJETIVO EM IDOSOS

Patrícia Galdino de Andrade Wollmann[1]
Gislane Ferreira de Melo[2]

**Resumo:** A felicidade é um sentimento que tem recebido atenção no campo da investigação científica. Estudos comprovam que o sentimento de felicidade tem sido associado a uma melhor qualidade de vida, satisfação e bem-estar no envelhecimento. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática dos instrumentos para a avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo para idosos. Foi realizada uma revisão nas seguintes bases de dados: SciELO Brasil, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Brasil, Lilacs, PubMed, Web of Science. Foram encontrados 29 instrumentos. A maioria dos instrumentos avaliou diferentes dimensões de bem-estar, incluindo várias subescalas. Os estudos apresentaram boas evidências de validade e fidedignidade, embora alguns necessitem de mais investigações. Esta revisão promoveu uma síntese abrangente de instrumentos de avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo para idosos.

**Palavras-chave:** Felicidade, Bem-estar subjetivo, Idoso, Instrumento, Validação.

1 Doutoranda do Programa Stricto Senso de Gerontologia da Universidade Católica de Brasília - UCB, patricia.wollmanndf@gmail.com

2 Docente do Programa Stricto Senso de Gerontologia da Universidade Católica de Brasília - UCB, gmelo@ucb.br

## Introdução

O tema felicidade parece, desde muito tempo, inquietar o homem por ser algo intrínseco e natural ao ser humano. Grandes filósofos como Platão já refletiam sobre este construto: "*Não verdade que nós, homens, desejamos todos ser felizes?*" (COMTE-SPONVILLE, 2001). Aristóteles (384 a 322 a.c) acreditava na felicidade como propósito do ser, a qual só seria atingida no exercício das virtudes humanas (FREIRE et al., 2013).

Não só filósofos buscavam definir e entender sobre Felicidade, outros estudiosos reforçaram a importância de sua busca como objetivo central da vida (RUSSEL, 2017; BEATA; SANTO, 2016; SEWAYBRICKER, 2012; SELIGMAN, 2011).

A felicidade é cientificamente nomeada como Bem-Estar Subjetivo (BES) entre os estudiosos. Dessa forma, os termos bem-estar subjetivo e felicidade são utilizados de forma intercambiável (DIENER, 1984; GIACOMONI, 2002)). Chien et al., (2019) realizou uma avaliação entre escalas de avaliação de felicidade e de bem-estar subjetivo na China e verificou uma correlação extremamente alta de variação, fornecendo evidências de intercambialidade dos termos em se tratando de uma visão hedônica da felicidade.

No Brasil, está em andamento desde 2014, uma Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), na qual um dos valores fundantes é a felicidade[3]. A autopercepção de satisfação é um fator fundamental na construção de projetos e intervenções de saúde (BRASIL, 2015). Desta forma, compreender se a felicidade é um fator que influencia no processo de envelhecimento é importante, pois esta compreensão apontará soluções e alternativas individuais e sociais para a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos (GOLDENBERG, 2011).

A satisfação com a vida e a felicidade podem estar profundamente relacionadas com o envelhecer bem, onde se evidenciam elementos da experiência subjetiva em que se valoriza o otimismo, a esperança, a religiosidade, o trabalho, a família, as amizades, a saúde, bem como o alcance dos objetivos individuais e a capacidade cognitiva do sujeito (PORTELLA et al., 2017). Amatuzzi e Luz, (2008) relatam que indivíduos mais felizes apresentam uma melhor adaptação das alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

3 Apontado na portaria 2446, de 11 de novembro de 2014.

O sentimento de felicidade, segundo Kaur e Kaur (2016), promove benefícios como o aumento de energia, aumento da imunidade, criatividade e melhora nos relacionamentos interpessoais, além do aumento da longevidade.

Segundo Miranda Neto et al., (2012) a felicidade para o idoso está associada a um aspecto saudável de envelhecimento, sendo um indicador positivo de saúde mental, ajuste e integração social, bem como um indicador negativo relativamente a sintomas depressivos e doenças físicas.

Estudos sobre a felicidade apresentam como objetivo compreender a avaliação que os indivíduos realizam de suas vidas e proporcionar evidências sobre a associação entre essa variável e desfechos positivos em saúde (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010; (MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016).

A felicidade pode ser considerada um dos componentes fundamentais na vida do idoso. De acordo com Diener, Suh, Lucas e Smith, (1999), durante o envelhecimento diminui a intensidade emocional com a qual são sentidas as experiências da vida. Estudos evidenciam que a satisfação com a vida aumenta com a idade, enquanto a intensidade das experiências afetivas diminui com o decorrer dos anos. Segundo Strawbridge; Wallhagen; Cohen, (2002), a felicidade é um critério essencial para um envelhecimento saudável.

Os idosos compreendem o envelhecimento saudável como processo consequente ao equilíbrio da capacidade funcional, da função cognitiva, da memória, da felicidade, da autonomia, do estilo de vida, da construção individual e da dinâmica afetiva e social. A relação entre envelhecimento saudável, felicidade e satisfação com a vida é verificada nos idosos como uma preocupação na manutenção da vida, dessa forma envelhecer de forma saudável e feliz é mais do que ter saúde (MANTOVANI; LUCCA; NERI, 2016).

Considerando estes apontamentos, a ciência tem se preocupado em descobrir algumas questões que levam aos indicadores e preditores da felicidade, tanto quanto aos seus fatores geradores de saúde e bem-estar do indivíduo. De acordo com Giacomoni, (2004), a utilização da avaliação de felicidade possibilita estudar a experiência individual de percepção sobre a vida do ser. Esta percepção sobre a vida, principalmente no que se relaciona com a saúde, é cercada por diversos fatores que podem afetar, direta ou indiretamente, sua qualidade de saúde (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

ISBN 978-65-86901-26-9

Ao perceber a importância do construto Felicidade em todas as faixas etárias, pesquisadores começaram a construção de instrumentos psicométricos para que fosse possível mensurar tal construto e ainda, avaliar quais os fatores são propositores da mesma.

Diante dos diversos instrumentos de avaliação de Felicidade e bem-estar, o objetivo deste estudo foi mapear os instrumentos que avaliaram os construtos Felicidade e Bem-Estar Subjetivo para idosos.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão sistemática, realizada e relatada de acordo com o modelo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). A revisão sistemática de literatura realizada neste estudo utilizou as seguintes bases de dados: SciELO Brasil, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Brasil, Lilacs, PubMed, Web of Science com publicações de artigos acadêmicos originais e busca na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Para a pesquisa sistemática da literatura publicada não houve limite de data de publicação. Foram realizadas várias combinações de palavras-chaves que incluíram os seguintes descritores/termos nos idiomas português, espanhol e inglês, contidas no título e no resumo: "felicidade", "happiness"; "bem-estar subjetivo", "subjective well-being", "bienestar subjetivo"; "instrumento", "instrumento", "instrument"; "validação", "validación", "validation"; "idoso","anciono","elderly".

Algumas combinações foram realizadas com o conector "AND", incluídas no título e resumo, tais como: "happiness AND "instrument" AND "elderly" (50 artigos); "happiness" AND "validation" AND "elderly"(58 artigos); "subjective well-being" AND "instrument" AND "elderly" (93 artigos); "subjective well-being" AND "validation" AND "elderly" (77 artigos).

Adicionalmente a esta etapa foi também realizada uma busca manual de outros artigos elegíveis identificados como pertinentes ao tema a partir das referências bibliográficas presentes nos estudos que atendessem aos critérios da revisão sistemática. Tal busca foi filtrada pelo título dos artigos e procurou identificar apenas os estudos que apresentavam como foco principal os instrumentos produzidos e validados para avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo na população idosa. O período de pesquisa na base de dados e pesquisa manual ocorreram entre junho e julho de 2019.

ISBN 978-65-86901-26-9

Nesse levantamento, os artigos selecionados para esta revisão obedeceram aos seguintes critérios: estudos psicométricos sobre desenvolvimento e validação de instrumentos de avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo, ter sido publicado em periódicos indexados, ser publicado no idioma português, inglês ou espanhol. Os artigos excluídos desta revisão foram trabalhos não indexados, artigos cuja temática apresentou-se distante do tema, textos com validação da mesma escala ou instrumento em países distintos, artigos duplicados na base de dados e artigos que desenvolveram o validaram instrumentos que se referisse a felicidade e bem-estar subjetivo. Os resultados das pesquisas de cada banco de dados foram exportados para a planilha Microsoft Excel® (versão 2016), para excluir os artigos duplicados.

Em um segundo momento, os artigos foram identificados para leitura do título e resumo. Artigos que não atendiam aos critérios de inclusão foram excluídos. A seleção dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras e verificada por um terceiro pesquisador de forma independente. As discordâncias foram discutidas em reuniões de grupo até que o consenso fosse alcançado e o processo de seleção finalizado. O grau de concordância entre os pesquisadores foi 97,4%, o que indica um alto nível de acordo entre avaliadores.

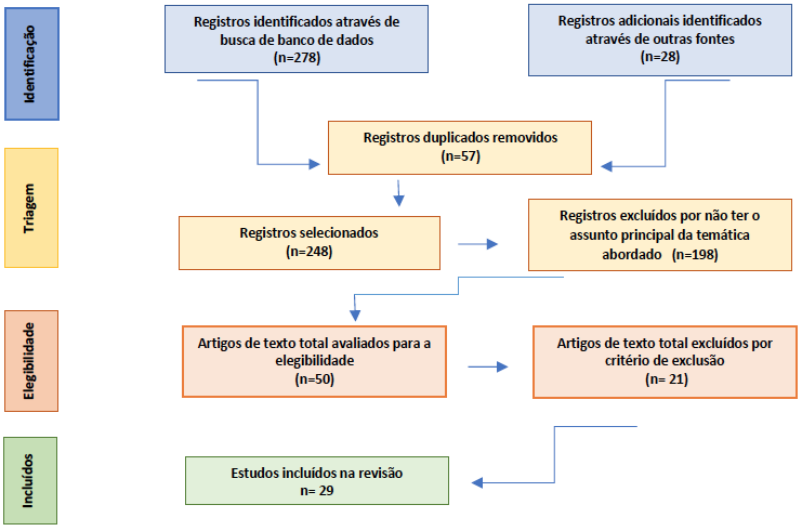
Cada estudo foi revisado detalhadamente para que se pudesse verificar e sintetizar in-formações relativas a características dos instrumentos e evidências de sua adequação para a avaliação da felicidade e bem-estar subjetivo. Quanto à caracterização, foram analisados: nome do instrumento, autores, ano de publicação, objetivo do instrumento, amostra validada, número de itens e fatores. Quanto as evidências de adequação, foram descritos o coeficiente de Cronbach.

## Resultados e discussão

Foram 278 artigos encontrados nas bases de dados citadas e com as combinações mencionadas. Inicialmente, os títulos dos estudos identificados foram selecionados para elegibilidade (Figura 1). Posteriormente, os artigos completos dos estudos inicialmente avaliados como "relevantes" para a revisão foram recuperados e verificados em relação aos critérios de inclusão / exclusão.

ISBN 978-65-86901-26-9

Figura 1- Diagrama PRISMA - Fluxo da estratégia de busca e resultados.




A seguir, tabela 1 apresenta os estudos selecionados que desenvolveram ou validaram instrumentos de avaliação de felicidade e de bem-estar subjetivo para idosos, inseridos por ordem de publicação, bem como os seus objetivos.

Tabela 1- Instrumentos utilizados para a avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo.

| | Instrumento | Autor | Ano | Origem | Objetivo | Amostra Validada | Nº de Itens e Fatores | Alfa Cronbach |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **Life Satisfaction** Index A- LSIA (SHMOTKIN, 1991) | Neugarten, Havighur e Tobin | 1961 | EUA | Mede o bem-estar psicológico em idosos, com dimensões como entusiasmo pela vida, fortaleza, congruência entre objetivos desejados e alcançados, auto-conceito físico, psicológico e social. | Idosos | 20 itens, 4 fatores (Humor, entusiasmo pela vida, resolução, congruência) | NA |
| **2** | ***Affect Balance Scale*** (BRADBURN, 1969) | Bradburn | 1969 | EUA | Medir os afetos positivos, negativos e a felicidade como o equilíbrio entre os dois. A escala consiste em dez estados de humor | 2 idosos, 8 pacientes psiquiátricos e 19 indivíduos normais | 5 itens, 2 fatores (AP e AN) | NA |
| **4** | ***Delighted-Terrible Scale*** (ANDREWS; WITHEY, 1974) | Andrews e Withey | 1974 | EUA | Avalia como a pessoa sente a sua vida no momento presente e se sente em relação à sua vida como um todo. | Adultos (18 anos ou mais) | Único item Escala de likert de 1-7 pontos | NA |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | Instrumento | Autor | Ano | Origem | Objetivo | Amostra Validada | Nº de Itens e Fatores | Alfa Cronbach |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **5** | ***Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*** (LAWTON, 1975) | Lawton | 1975 | EUA | Uma abordagem multi-dimensional para avaliar a estado psicológico dos idosos. | Idosos | 17 itens, 3 fatores (Agitação, Atitude em relação ao próprio envelhecimento, Insatisfação solitária) | 0,85 |
| **6** | ***Index de Bem-estar (***GIACOMONI; HUTZ, 2008) | Campbell, Converse e Rodgers | 1976 | EUA | Verificar a qualidade de vida, por meio da avaliação do afeto geral e satisfação de vida | Jovens e idosos | 8 itens (afeto geral) e 1 item de Satisfação com a Vida | 0,89 |
| **7** | ***General Well-being Shedule (GWB)*** (MCDOWELL, 2006) | Harold Dupuy | 1977 | EUA | Avaliar as autorepresentações de bem-estar subjetivo e angústia | Adultos (25-74 anos) | 18 itens (6 dimensões) | 0,72 a 0,88 |
| **8** | Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH)) (KOZMA; STONES, 1980) | Kozma e Stones | 1980 | EUA | Medir aspectos de bem-estar a curto e a logo prazo | Idosos | 24 itens, 4 fatores AP, AN, experiências positivas, experiências negativas) | 0,88 |
| **9** | ***Multilevel Assessment Instrument*** (MAI) (LAWTON et al., 1982) | Lawton, Moss, Fulcomer e Kleban | 1982 | EUA | Medir o bem-estar dos idosos em um número significativo de domínios: saúde, atividades da vida diária, cognição, uso do tempo e interação social e nos setores de bem-estar psicológico e qualidade ambiental percebida. | Idosos | 147 itens, distribuídos em 7 domínios | 0,74 a 0,93 |
| **10** | ***Afectometer 2*** (KAMMANN; FLETT, 1983) | Kammann e Flett | 1983 | Nova Zelândia | Medir o nível atual de Felicidade Geral, baseado na medição do equilíbrio de sentimentos positivos e negativos na experiência recente. | Adultos e idosos | 40 itens (AP e AN) | 0,95 |
| **11** | ***Perceived Weil-Being Scale (PWB)*** (REKER; WONG, 1983) | Reker e Wong | 1984 | Canadá | Avaliação separada do bem-estar psicológico e físico em idosos | Idosos | 14 itens, 2 fatores (BEP, BEF) | 0,91 |
| **12** | ***Satisfaction With Life Scale- SWLS*** (DIENER et al., 1985) | Diener, Emmons, Larsen e Griffin | 1985 | Estados Unidos | Avaliar o julgamento que as pessoas fazem sobre o quão satisfeitas encontram-se com suas vidas | Jovens e idosos | 5 itens, Unifatorial | 0,87 |
| **13** | ***Life Satisfaction Scale*** (SALONKANGAS; JOUKAMAA; MATTILA, 1988) | Salokangas, Joukamaa e Mattila | 1988 | Finlândia | Medir a satisfação de vida de idosos finlandeses | Idosos | 26 itens 3 fatores (equilíbrio psíquico, avaliação da vida passada e felicidade presente) | 0,89 |
| **14** | Salarmon-Conte Life satisfaction in the Elderly (SALAMON, 1988) | Salamon | 1988 | EUA | Medir todo o domínio da satisfação com a vida | Idosos | 8 fatores (prazer de atividades diárias, significado da vida, qualidade de ajuste, humor, autoconceito, saúde percebida, segurança financeira e contato social) | 0,88 |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | Instrumento | Autor | Ano | Origem | Objetivo | Amostra Validada | Nº de Itens e Fatores | Alfa Cronbach |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **15** | ***Six Scales of Psychological*** (RYFF, 1989) | Ryff | 1989 | EUA | Avaliar o bem-estar psicológico nas suas diversas dimensões. | Jovens, adultos e idosos | 120 itens, 6 fatores (auto-aceitação, Relação positiva com os outros, Autonomia, Domínio ambiental, Objetivo na vida, Crescimento pessoal | 0,79 |
| **16** | ***Congruity Life Satisfaction Scale*** (MEADOW et al., 1992) | Meadow, Mentzer, Rahtz e Sirgy | 1992 | EUA | Medir a satisfação de vida segundo a teoria de julgamento. | Idosos | 10 itens, fatores (não descritos) | 0,95 |
| **17** | ***Integration Inventory (II)*** (RUFFING-RAHAL; ANDERSON, 1994) | Ruffing-Rahal | 1991 | EUA | Identificar fatores associados à experiência de bem-estar | Idosos | 37 itens, 3 dimensões (psicológicas, espirituais e experiência qualitativa) | 0,91 |
| **18** | ***Index Wellness*** (SLIVINSKE; FITCH; MORAWSKI, 1996) | Slivinske, Fitch e Morawski | 1996 | EUA | Medir bem-estar e dimensões independentes do bem-estar, que incluem saúde física, moral, recursos econômicos, AVD-AIVD, religiosidade e recursos sociais. | Idosos | 79 itens, 6 dimensões (saúde física,moral, recursos econômicos, AVD-AIVD, religiosidade e recursos sociais) | 0,80 a 0,94 |
| **19** | ***Subjective Happiness Scale- SHS*** (LYUBOMIRSKY; LEPPER, 1999) | Lyubomirsky e Lepper | 1999 | EUA e Rússia | Avaliar a felicidade. | Jovens, adultos e idosos (20-94 anos) | 4 itens | 0,79 a 0,94 |
| **20** | ***Valuation of Life Scale*** (LAWTON et al., 2001) | Lawton, Moss, Hoffman, Kleban, Ruckdeschel e Winter | 2001 | EUA | Medir a avaliação da vida | Idosos | Variação entre 19 e 13 itens (finalidade, persistência, futuro,esperança e auto-eficácia | NA |
| **21** | ***Personal Wellbeing Index - PWI*** (CUMMINS et al., 2003) | Cummins, Eckersley, Van Pallant, Vugt e Misajon | 2003 | Austrália | Abordar um âmbito da qualidade de vida em grupos variados da população. | Jovens, adultos e idosos | 7 itens/domínios (satisfação com nível de vida, saúde, realização pessoal, relações pessoais, sentimento de segurança, ligação à comunidade, e segurança com o futuro | 0,81 |
| **22** | ***Thai Elders Psychological Well-Being measure*** (INGERSOLL-DAYTON et al., 2004) | Ingersoll-Dayton, Saengtienchai, Kespichayawattana e Aungsuroch | 2004 | Thailândia | Medir o bem-estar psicológico baseado na experiência dos idosos tailandeses. | Idosos | 15 itens, 2 componentes (intrapessoal e interpessoal) | 0,82 (Interpessoal) 0,69 (Intrapessoal) |
| **23** | ***Life Satisfaction Index Third Age (LSITA)*** (BARRET; MURK, 2006) | Barret e Murk | 2006 | EUA | Medir o envelhecimento bem-sucedido | Idosos | 35 itens 5 fatores (entusiasmo versus Apatia, Resolução e fortaleza, Congruência de objetivos, Auto-conceito e Tom de humor) | 0,93 |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | Instrumento | Autor | Ano | Origem | Objetivo | Amostra Validada | Nº de Itens e Fatores | Alfa Cronbach |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **24** | ***Chinese Aging Well Profile (CAWP)*** (KU; FOX; MCKENNA, 2008) | Ku, Fox e Mckenna | 2008 | China | Medir bem-estar subjetivo em adultos chineses | Adultos e Idosos | 31 itens, 7 dimensões (física, psicológica, independência, aprendizagem e crescimento, material, ambiental e social) | >0,70 |
| **25** | Life Satisfaction Scale Elders (LSS-C) (LOU; CHI; MJELDE-MOSSEY, 2008) | Lou, Chi e Mjelde-mossey | 2008 | China | Medir a satisfação com a vida de idosos chineses. | Idosos | 8 itens, 2 fatores (necessidades instrumentais da vida diária, necessidades sociais e relacionamento) | 0,78 |
| | Con-Dis device for measuring perceived well-being (REIJULA et al., 2009) | Reijula | 2009 | Finlândia | Verificar informações sobre o bem-estar percebido de pacientes idosos por meio de um dispositivo eletrônico simples | Idosos | Con-Dis (sistema de monitoramento consiste em três botões - feliz, neutro,e infeliz) | NA |
| **26** | ***Covilhã Happiness Questionnaire -CHQ*** (PEREIRA et al., 2014) | Pereira, Monteiro, Esgalhado, Afonso e Loureiro | 2014 | Portugal | Medir experiências de forma abrangente, permitindo captar informações mais detalhadas por meio de uma concepção multifatorial da felicidade, que incorpora dimensões pessoais, sociais e contextuais, permitindo a visualização de indicadores específicos e de um indicador geral, com a vantagem de se adaptar a diversas faixas etárias. | 15 a 84 (média = 36,88) | 41 itens; Dimensões: emoções positivas, interações socialmente gratificantes, autocuidado, participação em atividades significativas e envolvimento da estrutura socioeconômica. Escala do tipo Likert de 5 pontos (1 a 5) | 0,92 |
| **27** | ***I COPPE Scale*** (PRILLELTENSKY et al., 2015) | Prilleltensky, Dietz, Prilleltensky, Myers, Rubenstein, Jin e McMahon | 2015 | EUA | Verificar as percepções de bem-estar em áreas-chave da vida. | 20 a 88 anos (média de idade 50,86) | 21 itens baseados no método de escada Cantril. 6 fatores (interpessoal, comunitário, ocupacional, físico, psicológico e econômico | NA |
| **28** | ***SODdisfazione dell'Anziano (SODA)*** (FASTAME; PENNA; HITCHCOTT, 2019) | Fastame; Penna; Hitchcott | 2019 | Itália | Avaliar a satisfação pessoal dos idosos italianos. | Idosos | 14 itens, 3 fatores (saúde física e cognitiva, bem-estar religioso e satisfação com o tempo gasto em atividades de lazer,) | >0,70 |

Abreviaturas: AN (Afetos Negativos) AP (afetos positivos) AIVD (atividades instrumentais de vida diária) AVD (atividades de vida diária) BEP (Bem-estar psicológico) BEF (Bem-estar físico) NA (não apresentada) SV (Satisfação com a vida)

Por meio desta revisão verificou-se que a felicidade e o bem-estar subjetivo tem sido abordado por diversos prismas, gerando modelos teóricos que

se complementam. A maioria dos instrumentos avaliam dois componentes da Felicidade e do Bem-estar subjetivo, afetos positivos e negativos e a satisfação com a vida.

Na análise dos objetivos dos instrumentos é possível verificar perspectivas diferentes de bem-estar. Uma linha paralela de pesquisas sobre bem-estar focaliza a saúde física percebida em idosos. Os instrumentos *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale, Salamon-Conte Life Satisfaction in the Elderly Scale, Thai Elders Psychological Well-being measure, Com-Dis device for measuring perceived well-being* foram desenvolvidos para medir a saúde física percebida ou o bem -estar físico com o objetivo de avaliar o envelhecimento bem sucedido.

Shmotkin (1991), relata em seu estudo que instrumento Life Satisfaction Index A- LSIA de Neugarten, Havighur e Tobin de 1961, é um instrumento utilizado para medir o bem-estar subjetivo entre idosos, entretanto Barret; Murk (2006), afirma que embora no título do instrumento esteja "satisfação com a Vida", este procurava avaliar o indivíduo e a satisfação da vida de sentir-se bem durante o processo de seu envelhecimento.

Alguns estudos deixam claro em seu objetivo a avaliação de bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. O primeiro busca investigar o desenvolvimento humano e a capacidade de enfrentar os desafios da vida. Enquanto o bem-estar subjetivo busca compreender as avaliações que as pessoas fazem de suas vidas, tais avaliações devem ser cognitivas e incluir emoções positivas e negativas.

Andrews e Withey, (1974), Lyubomirsky e Lepper, (1999), afirmam que a mensuração de Felicidade e Bem-estar subjetivo avalia componentes afetivos e julgamento de satisfação com a vida. O componente afetivo envolve aspectos emocionais. Enquanto, a satisfação com a vida é o componente cognitivo que se refere a aspectos racionais e intelectuais, que complementa a felicidade em sua dimensão afetiva do funcionamento positivo (RYFF; KEYES, 1995). A maioria de instrumentos revisados não utiliza o termo "felicidade", mas o termo "bem-estar subjetivo.

Os instrumentos de avaliação de Felicidade e BES podem indicar diferentes magnitudes de uma propriedade. Os instrumentos podem ser unidimensionais quando expressam uma dimensão latente ou multidimensionais quando existe mais de um traço latente. Dessa forma, há escalas de item único, unifatorial e uma infinidade de escalas multifatoriais.

Dentre as escalas de item único desenvolvidas ao longo dos anos estão:

1. ***Cantril Self-Anchoring Striving Scale*, conhecida como Escala da Escada,** desenvolvida por Cantril em 1967, composta por uma figura de escada com 10 degraus que simboliza um dicotomismo entre a pior vida e a melhor vida. Utilizada em muitas pesquisas. O "*The Gallup research initiative,* instituto que avalia o bem-estar em diversas faixas etárias em 150 países, utiliza a escala de Cantril para avaliar a satisfação com a vida (MICHALOS, 2014).
2. ***Item de felicidade Global desenvolvida por*** Bradbum em 1969, que consiste em única questão: "Considerando todas as coisas, quão feliz você está nos dias atuais? esta pergunta deve ser respondida em Escala de Likert de sete pontos, que varia de não feliz a muito feliz;
3. ***Index of General Affect (Index de Bem-estar),*** desenvolvido por Campbell, Converse e Rodgers em 1976. Entre os instrumentos de avaliação de item único o mais utilizado. Composto pela pergunta, *"O quão satisfeito você está com a sua vida como um todo?"* e também, por um conjunto de oito indicadores semânticos de afeto, avaliados por meio da escala de tipo *Likert* de sete pontos, variando entre completamente não satisfeito (1) a completamente satisfeito (7);
4. A ***Escala de Faces***, construída por Andrews e Withey em 1976 é uma medida quantitativa indireta da intensidade do fenômeno subjetivo. Considerada uma escala visual, constituída por sete representações de faces, cujas expressões variam de muito positivo a muito negativo;
5. ***Escala de Encanto-terrível*** (Delighted-Terrible Scale) desenvolvida por Andrews e Withey em 1974, é constituída por adjetivos terrible até delighted em escala do tipo Likert.

Para Diener (1984), as escalas de um único item, oferecem mensurações rápidas e fáceis, além de possuir fidedignidade temporal relativamente alta, ou seja, estável ao longo do tempo. Este tipo de escala é sensível em captar a satisfação com a vida, entretanto não fornece uma avaliação completa dos componentes do construto, dessa forma devem ser acompanhadas de mensurações adicionais (DIENER; OISHI; LUCAS, 2003).

De acordo com Giacomoni (2002) escalas de um item não apresentam índices de consistência interna, mas somente valores de confiabilidade temporal como única medida de confiabilidade possível de ser extraídas.

Além das escalas de único-item, outros instrumentos foram desenvolvidos, como os instrumentos multidimensionais. Estes instrumentos

ISBN 978-65-86901-26-9

são mais indicados por avaliar mais de um componente (PASSARELLI-CARRAZZONI; DA SILVA, 2012).

A maior parte dos instrumentos encontrados para avaliação de Felicidade e Bem-estar Subjetivo, nesta revisão, foi de língua inglesa, originado na América do Norte, com significativa contribuição na construção e validação de instrumentos destes construtos. Observa-se que a temática felicidade e bem-estar subjetivo está consolidado no âmbito científico internacional, enquanto no Brasil está em expansão (CAMPOS; FUENTES-ROJAS, 2017; VOSGERAU; CABRERA, 2013).

Observa-se nesta revisão que os instrumentos validados para jovens e adultos são utilizados com o mesmo objetivo de avaliar Felicidade e Bem-estar subjetivo em idosos. Contudo, segundo estudos utilizando dados do World Values Survey (WVS) verifica-se uma correlação entre idade e felicidade, distribuída em formato de "U". Uma vez que a felicidade é maior no início da vida, tende a diminuir até os 49 anos em média, depois começa a crescer até encontrar e ultrapassar os patamares encontrados nas idades mais novas (AYDOS; FIGUEIREDO NETO, 2017). Segundo Maia et al., (2016), instrumentos psicométricos validados para diversas populações eram utilizados indevidamente.

Atualmente no Brasil há diversos instrumentos validados para avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo. Entretanto especificamente para a população idosa são poucos, e a maioria deles foram transculturalmente adaptados, devido ser esta uma alternativa mais rápida em relação à construção de um novo instrumento (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010). Destaca-se ainda que os instrumentos incluídos avaliam a felicidade e o bem-estar subjetivo em diferentes faixas etárias e de contextos socioculturais diferentes.

ISBN 978-65-86901-26-9

*Tabela 2- Instrumentos internacionais adaptados para o Brasil utilizados para a avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo para idosos.*

| | Instrumento adaptados e validados no Brasil |
|---|---|
| 5 | ***Escala de Estado de Ânimo do Centro Geriátrico de Philadelphia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale)*** (PASCHOAL, 2000) |
| 8 | ***Escala de bem-estar subjetivo MUNSH (Development of)**** (KOZMA; STONES, 1980) |
| 19 | ***Subjective Happiness Scale- SHS*** (PAIS-RIBEIRO, 2012) |
| 21 | ***Índice de Bem-estar Pessoal (Personal Wellbeing Index - PWI)*** * (CUMMINS et al., 2003) |

Observa-se que muitos pesquisadores preferem validar um instrumento a construí-lo por ser uma ação mais rápida e possibilitar pesquisas transculturais (CASSEPP-BORGES, BALBINOTTI, TEODORO, 2010). Verificou-se no Brasil 4 instrumentos internacionais utilizados para avaliação de felicidade e bem-estar subjetivo adaptados e validados para idosos, incluídos nesta pesquisa (Tabela 2).

Para a validação de instrumentos, supõe-se de que a validação permitirá comparações de estudos nacionais e internacionais e que estes refletirão com precisão a medida avaliada. Ressalta-se que um instrumento previamente validado não significa necessariamente que é válido em outro momento, cultura ou contexto. Por outro lado, para validar um instrumento faz-se necessária uma adaptação transcultural criteriosa e metodologicamente adequada em termos semânticos e operacionais (GJERSING; CAPLEHORN; CLAUSEN, 2010).

Contudo, não foi alvo deste estudo verificar os processos de adaptação transcultural dos instrumentos. Posteriormente, um novo estudo pode contribuir com a área investigando quais os métodos e técnicas utilizados para analisar a validação das adaptações transculturais de instrumentos felicidade e bem-estar subjetivo provenientes de outras culturas.

## Considerações finais

Verificou-se nesta revisão um número alto de instrumentos que avaliam Felicidade e Bem-estar Subjetivo (BES), possibilitando aos pesquisadores as características dos instrumentos e um conhecimento sobre o uso mais

adequado de acordo com os objetivos em questão. Embora tenha sido observado esse alto número de instrumentos, observa-se no Brasil uma quantidade muito pequena de instrumentos validados para a população brasileira e especificamente desenvolvidos para a população idosa.

Muitos dos instrumentos analisados foram validados para jovens e adultos e são utilizados também para a população idosa. Observa-se ainda a utilização de instrumentos para avaliação de envelhecimento bem sucedido, sendo utilizado para avaliação da Felicidade e do BES.

O avanço e o constante monitoramento dos estudos acerca da avaliação de Felicidade e BES concedem elementos teóricos e empíricos para o desenvolvimento deste construto. Durante essa pesquisa, ainda foi observado a dificuldade de encontrar nos instrumentos todos os dados psicométricos, necessários para uma análise detalhada dos instrumentos mapeados.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AMATUZZI, M. M.; LUZ, M. M. C. Vivências de felicidade de pessoas idosas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 2, p. 303–307, 2008.

ANDREWS, F. M. Social Indicators of Perceived Life Quality. **Social Indicators Research**, v. 1, p. 279–299, 1974.

ANDREWS, F. M.; WITHEY, S. B. DEVELOPING MEASURES OF PERCEIVED LIFE QUALITY: RESULTS FROM SEVERAL NATIONAL SURVEYS. **Social Indicators Research**, v. 1, p. 1–26, 1974.

AYDOS, L. R.; FIGUEIREDO NETO, L. F. Análise dos determinantes do nível de felicidade subjetiva : uma abordagem local. **Interações**, v. 18, n. 1, p. 137–150, 2017.

BARRET, A. J.; MURK, P. J. **Life Satisfaction Index for the Third Age ( LSITA ): A Measurement of Successful Aging**. Research-to-Practice Conference in Adult, Continuing, and Community Education. **Anais**... Missouri - St Louis: 2006

BRADBURN, N. M. **The Structure of Psychological Well-Being**. 1ª edição ed. Chigago: Aldine Publishing Company, 1969.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Revisão da Portaria MS/GM no 687, de 30 de março de 2006**. [s.l.] Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde., 2015.

CAMPOS, P. P. T. VON Z.; FUENTES-ROJAS, M. A PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE FELICIDADE EM PERIÓDICOS BRASILEIROS. **Revista Ensaios Pioneiros**, v. 1, n. 1, p. 86–101, 2017.

CHIEN, C. et al. The Chinese Version of the Subjective Happiness Scale : Validation and Convergence With Multidimensional Measures. **Journal of Psychoeducational Assessment**, p. 1–14, 2019.

COMTE-SPONVILLE, A. **A felicidade desesperdamente**. 4ª edição ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

CUMMINS, R. A. et al. Developing a National Index of Subjective Wellbeing : The Australian Unity Wellbeing Index. **Social Indicators Research**, v. 64, n. 2, p. 159–190, 2003. DIENER, E. Subjective Well-Being. **Psychological Bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542–575, 1984.

DIENER, E. et al. The Satisfaction With Life Scale. **Journal of Personality Assessment**, v. 49, n. 1, p. 71–75, 1985.

DIENER, E.; OISHI, S.; LUCAS, R. E. Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. **Annual Review of Psychology**, v. 54, n. 1, p. 403–425, 2003.

FASTAME, M. C.; PENNA, M. P.; HITCHCOTT, P. K. SODA: A new questionnaire for the assessment of life satisfaction in late life span. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. May, 2019.

FREIRE, T. et al. Felicidade Hedónica e Eudaimónica: Um estudo com adolescentes portugueses. **Analise Psicologica**, v. 31, n. 4, p. 329–342, 2013.

GIACOMONI, C. H. **Bem-Estar Subjetivo Infantil: Conceito de Felicidade e Construção de instrumentos para avaliação**. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. v. 12, n. 1, p. 43– 50, 2004.

GIACOMONI, C. H.; HUTZ, C. S. Escala multidimensional de satisfação de vida para crianças: estudos de construção e validação. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 25, n. 1, p. 25–35, mar. 2008.

GJERSING, L.; CAPLEHORN, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments : language , setting , time and statistical considerations. **BMC Medical Research Methodology**, v. 10, n. 13, p. 1–10, 2010.

GOLDENBERG, M. **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

INGERSOLL-DAYTON, B. et al. Measuring Psychological Well-Being : Insights From Thai Elders. **The Gerontologist**, v. 44, n. 5, p. 596–604, 2004.

KAMMANN, R.; FLETT, R. Affectometer 2: A scale to measure current level of general happiness. **Australian Journal of Psychology**, v. 35, n. 2, p. 259–265, 1983.

KAUR, H.; KAUR, R. Effects of materialism on work-related personal well -being. **The International Journal of Indian Psychology**, v. 3, n. 4, p. 38–52, 2016.

KOZMA, A.; STONES, M. J. The measurement of happiness: Development of the Memorial University of Newfoundland Scale of Happiness (MUNSH). **Journals of Gerontology**, v. 35, n. 6, p. 906–912, 1980.

KU, P.-W.; FOX, K. R.; MCKENNA, J. Assessing Subjective Well-being in Chinese Older Adults: The Chinese Aging Well Profile. **Social Indicators Research**, v. 87, p. 445–460, 2008. LAWTON, M. P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale : A Revision. **Journal of Gerontoloy**, v. 30, n. 1, p. 85–89, 1975.

LAWTON, M. P. et al. A research and service oriented multilevel assessment instrument. **Journals of Gerontology**, v. 37, n. 1, p. 91–99, 1982.

LAWTON, M. P. et al. Valuation of Life: A Concept and a Scale. **Journal of Aging and Health**, v. 13, n. 1, p. 3–31, 2001.

LOU, V.; CHI, I.; MJELDE-MOSSEY, L. A. Development and validation of life satisfaction scale for chinese elders. **Int'l J Aging and Human development**, v. 67, n. 2, p. 149–170, 2008. LYUBOMIRSKY, S.; LEPPER, H. S. A Measure of Subjective Happiness : Preliminary Reliability and Construct Validation. **Luwer Academic Publishers**, v. 46, n. 2, p. 137–155, 1999.

MAIA, M. DE F. DE M. et al. Verificação empírica da consistência fatorial do inventário de bem-estar subjetivo MUNSH em jovens brasileiros. **Psicologia em Pesquisa**, v. 10, n. 2, p. 76– 84, 2016.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R. DE; NERI, A. L. Associações entre significados de velhice e bem-estar subjetivo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 203–222, 2016.

MARIA, M.; SIQUEIRA, M. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo , Bem-Estar Psicológico Bem-Estar no Trabalho Theoretical Basis of Subjective Well-Being , Psychological Well-Being and Well-. v. 24, p. 201–209, 2008.

MCDOWELL, I. **Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires**. 3ª edição ed. USA: Oxford University Press, 2006.

MEADOW, H. . et al. A Life Satisfaction Measure Based on Judgment Theory. **Social Indicators Research**, v. 26, n. 1, p. 23–59, 1992.

MICHALOS, A. C. **Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research**. Canada: Springer Dordrecht Heidelberg New York London, 2014.

MIRANDA NETO, J. . et al. Bem estar subjetivo em idosos praticantes de atividade física. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, el Caribe, Espanha e Portugal**, v. 8, p. 1097–1104, 2012.

PAIS-RIBEIRO, J. L. Validação transcultural da escala de felicidade subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 13, n. 2, p. 157–168, 2012.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião.** [s.l.] Universidade de São Paulo, 2000.
PASSARELLI-CARRAZZONI, P.; DA SILVA, J. A. Bem-estar subjetivo: Autoavaliação em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 29, n. 3, p. 415–425, 2012.

PEREIRA, H. et al. Measuring Happiness in Portuguese Adults : Validation of the CHQ - Covilha Psychology & Psychotherapy. **Psychology & Psychotherapy**, v. 5, n. 1 December 2016, p. 1–7, 2014.

PORTELLA, M. R. et al. Felicidade e satisfação com a vida: voz de mulheres adultas e idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 1, p. 93–101, 2017. PRILLELTENSKY, I. et al. WELL-BEING : Developmente and Validation of the I coppe scale. **Journal of community psychology**, v. 43, n. 2, p. 199–226, 2015.

REIJULA, J. et al. A new method to assess perceived well-being among elderly people - a feasibility study. **BMC Geriatrics**, v. 9, n. 55, p. 1–7, 2009.

REKER, G. T.; WONG, P. T. P. Psychological and Physical Well-being in the elderly: The Perceived Well-being Scale (PWB). **Canadian Journal on Aging**, v. 3, n. 1, p. 23–32, 1983. RUFFING-RAHAL, M. A.; ANDERSON, J. Factors Associated with Qualitative Well-Being in Older Women. **Journal of Women & Aging**, v. 6, n. 3, p. 3–18, 1994.

RUSSEL, B. **A conquista da Felicidade**. 5ª edição ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017. RYFF, C. D. Happiness Is Everything , or Is It ? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. v. 57, n. 6, p. 1069–1081, 1989.

RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, n. 4, p. 719–727, 1995.

SALAMON, M. J. Clinical Use of the Life Satisfaction in the Elderly Scale. **Clinical Gerontologist**, v. 8, n. 1, p. 37–41, 1988.

SALONKANGAS, R.; JOUKAMAA, M.; MATTILA, V. Measurement of life satisfaction. Developing a life satisfaction scale. **Comprehensive gerontology. Section B, Behavioural, Social, and Applied Sciences**, v. 2, n. 2, p. 69–74, 1988.

SANTOS, D. N. **A FELICIDADE E SUA BUSCA NO DE BEATA VITA DE SANTO AGOSTINHO**. [s.l.] Universidade Estadual Paulista "Júlio de

Mesquita Filho", 2016. SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. DOS. Psicologia positiva e os instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 440–448, 2010. SELIGMAN, M. E. P. **Florescer: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

SEWAYBRICKER, L. E. **A felicidade na sociedade contemporânea: contraste entre diferentes perspectivas filosóficas e a modernidade líquida**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 26 abr. 2012.

SHMOTKIN, D. The structure of the life satisfaction index a in elderly iraaeli adults. **INT'L J. Aging and human development**, v. 33, n. 2, p. 131–150, 1991.

SLIVINSKE, L. R.; FITCH, V. L.; MORAWSKI, D. P. The Wellness Index: Developing an Instrument to Assess Elders' Well-Being. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 25, n. 3/4, p. 185–204, 1996.

STRAWBRIDGE, W. J.; WALLHAGEN, M.; COHEN, R. D. Rowe and Kahn Successful Aging Measure. **The Gerontologist**, v. 42, n. 6, p. 727–733, 2002.

VOSGERAU, M. Z. DA S.; CABRERA, M. A. S. Estudo da felicidade no campo da saúde coletiva : reflexões e possíveis contribuições. **HU Revista**, v. 39, n. 1,2, p. 45–53, 2013. WOYCIEKOSKI, C.; STENERT, F.; HUTZ, C. S. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 280–288, 2012.

# A DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA EM ALAGOAS

Sandra Lopes Cavalcanti[1]
Maria das Graças Monte Mello Taveira[2]
Divanise Suruagy Correia[3]
Marcel Arthur C. Gonçalves[4]

**Resumo:** Este estudo objetivou avaliar a capacidade funcional de pessoas idosas residentes em instituição de longa permanência. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo realizado em um município do agreste alagoano em duas instituições de longa permanência (ILP). A amostra inicial foi composta por 38 idosos residentes nas instituições pesquisadas. Para a coleta dos dados foi utilizado o Mini-exame do estado mental (MEEM) e a escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Considerou-se como variáveis: idade, sexo, raça, estado civil e escolaridade; 53% dos idosos apresentaram déficit cognitivo o que reduziu o tamanho da amostra final para 18. Estes continuaram na pesquisa por não apresentarem declínio cognitivo. A média de idade foi de 75 anos, a maioria do sexo masculino, solteiro, analfabetos, de raça parda/negra. A maioria dos idosos não possuem autonomia significando um maior comprometimento nas AIVDs.
**Palavras-chave:** Instituição de longa permanência para idosos, Declínio cognitivo, Autonomia.

1 Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas- UFAL, sandralcavalcanti@yahoo.com.br

2 Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Alagoas- UFAL, montegraca@gmail.com

3 Docente Titular da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, divansiesuruagy@gmail.com

4 Graduando em Medicina da Universidade Federal de Alagoas- UFAL, marcel.gonçalves@famed.ufal.br Este artigo é resultado de projeto de pesquisa.

## Introdução

A expectativa de vida aumentou nos últimos anos, chegando a dobrar no Brasil entre o século XIX e XX, exigindo a adequação de estudos e pesquisas no sentido de abranger as questões sobre o envelhecimento. Desta forma é preciso pensar na qualidade de vida das pessoas idosas. É mister que esse aumento da expectativa de vida reflita em uma melhoria do envelhecimento, almejando a saúde do idoso em sua totalidade, mas, nem sempre essa chegada à senilidade ocorre da maneira mais otimista, ainda mais num país com tantas disparidades econômicas e sociais como o Brasil.

No contexto do envelhecimento da população brasileira, sem dúvidas, a ILPI ocupa um espaço necessário e relevante na assistência à pessoa idosa, principalmente àquelas com limitado suporte familiar (FAGUNDES et al., 2017, p. 210-214).

Sobre as Instituições de Longa Permanência afirmamos que:

> A carência de estudos que traçam o perfil das ILPI no Brasil reforça a necessidade de aprofundamento nesse âmbito pelo crescente aumento de ILPI atrelado à grande lacuna política e, ainda, ao interesse da sociedade pelas questões relativas ao envelhecimento, seja pela dimensão de mercado ou pela projeção futura do processo de viver (LACERDA et al., 2017, p. 744).

Lopes et al. (2018, p. 2430) descreveram sobre os principais motivos que levam os idosos à institucionalização: "as questões familiares, a impossibilidade de assistência, os conflitos, a renda insuficiente, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a falta de um ente para o cuidado e a falta de estrutura física e psicológica dos cuidadores e familiares".

Ainda que existam instituições que se proponham a essa tarefa como um compromisso social, dependendo de recursos públicos e sociais (e dos próprios idosos), há um número significativo de instituições de cunho privado que exploram o cuidado enquanto mercadoria. (CLOS; GROSSI, 2016, p. 396).

O envelhecimento populacional traz consigo o aumento de doenças crônico-degenerativas e incapacitantes, fato que incide diretamente na saúde pública e na capacidade de cuidado por famílias e instituições (CLOS; GROSSI, 2016, p, 396). Nesse sentido o Estatuto do Idoso dispõe que:

> A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros

> próprios ou da família apresentando as ILPIs como estrutura de assistência social (BRASIL, 2013, cap. IX).

As instituições buscam suprir as necessidades básicas dos idosos, pois "o envelhecimento apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado" (BRASIL, 2014, p. 20). E nessa construção de novos paradigmas das práticas de saúde se faz necessário ampliar o olhar em relação ao modelo biomédico, especialmente no cuidado com os idosos, pois entende-se que:

> As alterações fisiológicas e os fatores associados podem levar a condições de fadiga, perda de peso e alterações da velocidade da marcha, justificando risco elevado para a ocorrência de desfechos adversos da Síndrome da Fragilidade do Idoso, tais como maior taxa de hospitalização, maior possibilidade de acidentes por quedas, deterioração das AVD e maior mortalidade (SEQUEIRA, 2018, p. 31).

A maioria dos idosos é portador de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social (BRASIL, 2014, p. 21-22).

O envelhecimento tem características heterogêneas. Existem idosos independentes e capazes de realizar suas atividades da vida diária (AVD) por si mesmos, outros precisam de apoio e cuidados contínuos. "Assim, a presença de múltiplos problemas de saúde e a idade avançada não implicam, necessariamente, dependência para a realização das suas atividades da vida diária, ou dependência funcional" (BRASIL, 2018, p. 13).

As atividades da vida diária (AVD) são tarefas cotidianas no ambiente onde vivemos, sejam nos domicílios ou fora deles, e tarefas de cuidado com o próprio corpo (BRASIL, 2018, p. 15).

A perda gradual para a realização dessas atividades indica um processo de declínio funcional. Ainda no contexto das AVDs encontram-se as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que envolvem habilidades para administrar o ambiente e aspectos relacionados gerência da vida, como: "administrar as próprias finanças, fazer compras, usar o telefone, tomar medicamentos na hora e dose corretas, sair de casa sozinho, utilizar vários tipos de transporte

e outras atividades que demandam atuação familiar, social e na comunidade" (BRASIL, 2018, p.16).

De acordo com o manual de orientação para as pessoas idosas com necessidade de adaptação e apresentando declínio funcional descreve que:

> O incentivo e a realização de atividades físicas adaptadas para as possibilidades de cada um e do perfil funcional apresentado, bem como intervenções fisioterápicas são importantes para a reabilitação, manutenção ou recuperação das capacidades (BRASIL, 2018, p. 51).

As ILPIs, em geral, são vistas como casas inapropriadas às necessidades dos idosos, pois, na maioria, a assistência é muito carente, não tem uma equipe multiprofissional para assisti-los e os cuidados básicos de higiene e alimentação são precários (BATISTA et al, 2014, p. 1989). A longevidade em nosso país também tem contribuído segundo Lopes et al. (2018, p. 2433) para:

> Acelerar o processo de institucionalização e a necessidade da oferta de serviços de moradia para o idoso implicando maiores gastos na saúde pública, problemas relacionados à previdência social, piora do acolhimento, tratamento indigno à pessoa idosa e a desqualificação da assistência.

A crescente necessidade de institucionalização de idosos é um fator que tem chamado a atenção da população em geral e dessa forma segundo Batista et al. (2014, p. 1991) "é necessário traçar o perfil do idoso, diferenciando aqueles que vivenciam um envelhecimento bem sucedido daqueles que demandam atenção profissional especializada".

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), no item 3.2 reforça a importância de:

> Conhecer qual a proporção de idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, a proporção daqueles com alta dependência funcional – acamados –, a proporção dos que já apresentam alguma incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária (AVD) – como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente e alimentar-se com a própria mão – e qual a proporção de idosos independentes.

Para Fagundes et al. (2017, p. 214), "a individualidade é resgatada quando conseguimos apreender a realidade dos institucionalizados a partir de suas

próprias perspectivas, reconhecendo aquilo que eles realmente esperam da ILPI".

A escolha do tema atualiza o cenário das Instituições de Longa Permanência que vem crescendo em nosso Estado e no Brasil, que se relacionam com alguns fatores como: as mudanças na dinâmica das relações familiares, o aumento da longevidade, as alterações nas relações intergeracionais, a escolaridade, como também a falta de polícias públicas para os idosos, em especial dos que já apresentam alta dependência. A capacidade da família para o cuidado pode estar comprometida ou fragilizada e, nestas condições, o idoso pode constituir-se num entrave à autonomia dos familiares. A institucionalização, então, é uma das soluções encontradas para o problema. "É importante sinalizar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece" (BRASIL, 2014, p. 23).

Esta pesquisa foi planejada para avaliar a capacidade funcional de pessoas idosas residentes em Instituição de Longa Permanência com idade igual ou superior a 60 anos.

A realidade contemporânea de transformação demográfica e epidemiológica da população brasileira, associada a uma acentuada transformação dos arranjos familiares, tem repercutido em demanda crescente por ILPI, como modalidade de assistência social (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018, p. 304-311).

Em relação aos idosos dependentes Barbosa et al., (2017, p 391-414), destaca:

> O Brasil vem experimentando um processo de envelhecimento populacional que impõe desafios para atender às necessidades dos idosos, especialmente os dependentes funcionais. Nesse cenário, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) podem ser importantes para prover auxílio e amparo a esse grupo populacional e seus familiares.

Também é importante ressaltar que sejam discutidos em sociedade os cuidados a esses idosos frágeis, que estarão sob responsabilidade da família e/ou do Estado, estejam eles no ambiente doméstico ou em Instituições de Longa Permanência (MELO et al., 2018, p.468-480).

Além disso, a mudança de ambiente leva os idosos, na maioria das vezes, a apresentarem pior desempenho nas habilidades físicas e psicológicas, pois a maioria dessas ILPIs não possuem recursos financeiros e humanos que

possam oferecer uma atenção (ROSA; SANTOS FILHA; MORAES, 2018, p.3757-3765).

São escassos os estudos que indicam a quantidade de idosos institucionalizados e de Instituições de Longa Permanência no Brasil. Outrossim,

> Compreender o significado da vivência da pessoa idosa residente em uma ILPI possibilita ao profissional ampliação de conhecimento, seja referente às avaliações clínicas, aos diagnósticos ou às intervenções, tanto quanto na pesquisa, a fim de proporcionar segurança à pessoa idosa e melhorias na sua qualidade de vida (FAGUNDES et al. 2017, p. 210-214).

"Acredita-se que um dos maiores desafios na atenção à pessoa idosa é a percepção da equipe multiprofissional no que se diz respeito a todos os fatores que influenciam a vida dos idosos", de acordo com Alcântara et al. (2019, p. 674-679). Entretanto, existem lacunas em sua estrutura e organização que refletem insatisfação das próprias pessoas idosas e até mesmo da sociedade. Quando se busca um local para viver, a escolha é favorecida pela possibilidade da instituição não ser somente um abrigo (FAGUNDES et al. 2017, p. 210-214).

Sobre encaminhar um idoso para a ILPI pode-se afirmar, que:

> Ações preventivas podem ser desenvolvidas com vistas à prevenção da instalação dos principais fatores associados à institucionalização com maior eficácia e eficiência quando se conhecem os riscos. Ademais, é possível ainda retardar o encaminhamento dos idosos para as instituições de longa permanência para idosos e desenvolver estratégias de cuidado que permitam a manutenção dos idosos no convívio social (LINI; RODRIGUES; DORING, 2016, p. 1004-1014).

Em nosso estudo foram utilizados um teste de rastreio que mediu as funções cognitivas e uma escala que demonstrou algum tipo de limitação nas atividades cotidianas dos idosos institucionalizados. Foram encontrados idosos com comprometimento cognitivo e que apresentaram maior dependência para AIVD.

Um dos desafios das ILPIs é a implementação da avaliação funcional individual e coletiva levando em conta a heterogeneidade dos idosos. As ILPIs representam um desafio quando pensadas no contexto da promoção da saúde.

Ressalta-se a necessidade urgente da priorização do idoso na elaboração de políticas e de mobilização dos conselhos para a qualidade dos serviços e,

mais que isso, de diretrizes intersetoriais que possam qualificar o cuidado com a pessoa idosa institucionalizada. (LACERDA et al. p. 752)

Destaca-se a importância de novas pesquisas e estratégias de ação mais atuantes para este grupo de pessoas, pois a assistência à pessoa idosa residente em ILPI exige uma atenção diferenciada em virtude da susceptibilidade à fragilidade e a perda da autonomia. É importante que as ILPIs sejam um elo da rede de cuidados ao idoso como resultado de uma política pública. Sugere-se que as atividades do autocuidado e as tarefas domésticas do dia a dia desses idosos nas ILPIs sejam preservadas.

## Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo realizado em um município do agreste alagoano em duas Instituições de Longa Permanência (ILP) existentes no município. A amostra inicial foi composta por 38 idosos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes nas instituições pesquisadas no período de setembro a novembro de 2018.

Para a seleção dos idosos institucionalizados foi perguntado aos cuidadores a existência de diagnóstico de demência entre os idosos residentes. Foram incluídos todos os idosos considerados aptos a responder os instrumentos da pesquisa. Após a aplicação do MEEM foram excluídos 20 idosos que não obtiveram a pontuação mínima com base no nível de escolaridade, o que totalizou uma amostra de18 idosos que prosseguiram na realização do outro instrumento da pesquisa. Nesse momento participaram apenas os idosos que apresentaram condições cognitivas favoráveis, sendo aplicado a escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue para leitura e a devida aprovação pelo responsável da Instituição. Foram obedecidas as normas da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas, com o nº 40428214.2.0000.5013.

Foram considerados as seguintes variáveis: idade, sexo, raça, estado civil e escolaridade.

Utilizou-se para a coleta dos dados o Mini-exame do estado mental (MEEM) e a escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD).

O MEEM consiste em um questionário dividido em duas partes, a primeira para avaliar a atenção e a memória, com pontuação variando de 0 a 21

ISBN 978-65-86901-26-9

e a segunda parte para avaliação de habilidades particulares, com pontuação entre 0 a 9, as duas partes totalizam 30 pontos. O instrumento é composto por 30 itens, podendo receber o valor zero ou um, os itens avaliam: Orientação no tempo e espaço, Registro de palavras, Atenção e Cálculo, Memória de evocação e Linguagem. O escore máximo corresponde a 30, os pontos são interpretados com base no nível de escolaridade, sendo indicativo de déficit cognitivo para analfabetos um escore menor que 15. Para indivíduos de 1 a 11 anos de escolaridade escore menor que 22 e indivíduos com escolaridade superior a 11 anos menor que 27 pontos.

A escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) utilizada foi a de Lawton e Brody (1969) e adaptada ao contexto brasileiro por Santos; Virtuoso Júnior (2008, 291-296), com pontuação máxima de 90 pontos. Os valores de referência são: de 0 a 20 caracteriza a pessoa independente, de 21 a 30 uma pessoa moderadamente dependente e maior que 30 severamente dependente. A pessoa independente realiza suas atividades sozinhos, sem necessitar de ajuda, aquelas moderadamente dependente necessitam de apoio para algumas atividades, apresentando autonomia relativa e as demais necessitam de apoio para tudo sendo totalmente dependente e sem autonomia, segundo Sequeira (2018, p. 02-41).

Esta escala é embasada em oito tipos de atividades, ou seja: usar telefone, fazer compras, cuidar de suas finanças, preparar refeições, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar e passar roupa, tomar medicamentos na dose e horário correto e sair de casa sozinho (utilizando algum meio de transporte sem planejamento especial).

Os dados foram arquivados no programa Excel® e para análise foram utilizados os softwares Epi Info versão 7.2.2.6. Na apresentação dos resultados foram usadas as medidas de estatística descritiva.

## Resultados e discussão

O resultado da pesquisa mostra que vinte 53% dos idosos inicialmente selecionados apresentavam déficit cognitivo o que alterou a amostra da pesquisa, inviabilizando um estudo do tipo analítico.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos idosos participantes do estudo verificou-se que 29% dos idosos encontrava-se na faixa etária entre 60 e 69 anos, com predomínio de 38% entre 70 e 79 anos, seguido de 33% com 80 anos ou mais. Houve o predomínio do sexo masculino (56%). Em relação a

ISBN 978-65-86901-26-9

cor da pele os que se afirmaram pardos foram maioria (44%), seguidos dos brancos com 39%. O estado civil com maior percentual foi de 45% de idosos solteiros, seguidos por viúvos (28%). No que se refere à escolaridade, os analfabetos totalizaram a maioria (61 %). (Tab. 1)

**Tabela 1** - Perfil sócio demográfico dos idosos institucionalizados

| **Variáveis** | | **N** | **%** |
|---|---|---|---|
| **Grupo etário** | | | |
| 60 – 69 anos | | 5 | 29 |
| 70 – 79 anos | | 7 | 38 |
| 80 anos ou mais | | 6 | 33 |
| **Sexo** | Masculino | 10 | 56 |
| | Feminino | 8 | 44 |
| **Raça** | Branca | 7 | 39 |
| | Negra | 3 | 17 |
| | Parda | 8 | 44 |
| **Estado Civil** Solteiro | | 8 | 45 |
| | Casado | 3 | 17 |
| | Viúvo | 5 | 28 |
| | Separado | 2 | 10 |
| **Escolaridade** Alfabetizado | | 7 | 39 |
| | Analfabeto | 11 | 61 |

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados são compatíveis com os dados encontrados na literatura. Ao analisar as faixas etárias da amostra foram encontrados dados semelhantes por Basser et al.(2015, p. 1088) analisando o perfil sócio demográfico dos idosos residentes em ILPIs e os de Carneiro, Vilela, e Meira (2016 p. 206) com uma pesquisa realizada no Nordeste, onde a média de idade encontrada foi de 78 anos.

O envelhecimento não é um processo homogêneo e vivemos um cenário de feminização do envelhecimento em nosso país. Nesse sentido a maioria das pesquisas no Brasil demonstram que a proporção de mulheres institucionalizadas seja maior que a dos homens, contudo, em nosso estudo ocorreu o predomínio do sexo masculino. Nossos dados são corroborados pelos estudos de Lopes et al. (2018, p. 2431) e Basser et al. (2015, p. 1087), onde foi constatada a predominância de idosos do sexo masculino nas ILPIs.

Neste estudo um maior número de idosos se auto declararam pardos, que difere de outras pesquisas que descrevem em sua maioria a cor branca como demonstram os achados de Souza, Santana e Jesus (2017, p. 104) e Pinheiro et al., (2016, p. 3402).

O percentual de idosos solteiros e viúvos foram a maioria em nossa pesquisa. Dados semelhantes encontramos em outros estudos onde a maior parte dos idosos institucionalizados não tem companheiros ou são viúvos como também descrever Bassler et al. (2015, p. 1087) e Souza, Santana e Jesus (2017, p. 103). O falecimento do cônjuge e morar sozinho estão dentre os motivos citados por Lopes et al. (2018, p. 2431), em idosos institucionalizados, entre outros: vontade própria, optaram por residir na instituição devido a vínculos fragilizados na família, seja essa formada por algum grau de parentesco ou não; sentimento de fardo na família; morar sozinho e/ou com outro idoso; autopercepção de capacidade e desempenho funcional comprometidos; dificuldades financeiras; sofrerem diversos tipos de violência na família e na sociedade e falecimento do cônjuge. Outro estudo de Lini, Portella e Doring (2016, p. 1007) também apontou que um dos fatores que predispõem a institucionalização de idosos foram a ausência de cônjuge e não possuir filhos.

Sobre o nível de escolaridade nossos dados confirmam as pesquisas de Lopes at al. (2018, p. 2431) e de Bassler et al. (2015, p. 1087), onde o percentual de analfabetos foi maior para os idosos com até 4 anos de estudos. Na amostra de Güths et al., (2017, p. 178) a baixa escolaridade prevaleceu, principalmente, devido às dificuldades de acesso ao ambiente escolar no passado. O analfabetismo em idosos representa uma realidade nos países em desenvolvimento como o Brasil, principalmente, porque os atuais idosos viveram a infância numa época em que o ensino não era prioridade.

A média encontrada do MEEM foi de 18,83 (desvio padrão de 3,42) e a média da AIVD foi de 64,33 com 11,7 de desvio padrão. (Tab. 2)

**Tabela 2 –** Média e Desvio Padrão do MEEM e AIVD

| Instrumentos | Média | Desvio Padrão |
|---|---|---|
| MEEM | 18,8333 | 3,4171 |
| AIVD | 64,3333 | 11,7022 |

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com Melo e Barbosa (2015, p. 3866) os idosos em sua pesquisa com zero a quatro anos de escolaridade sugeriu um déficit cognitivo

ISBN 978-65-86901-26-9

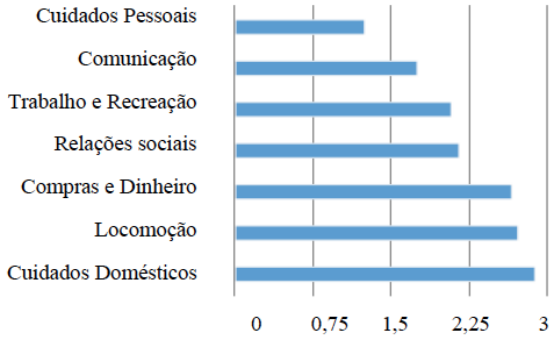
confirmando o nosso estudo. Carneiro, Vilela e Meira (2016, p. 206) descreveu um percentual maior de alteração do estado cognitivo em idosos institucionalizados e Castro et al. (2016, p. 374) também identificou idosos com declínio cognitivo no MEEM. Nos achados de Lini, Portella e Doring (2016, p. 1009) apresentaram comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária.

A mudança de ambiente leva os idosos, na maioria das vezes, a apresentarem pior desempenho nas habilidades físicas e psicológicas, pois a maioria dessas ILPIs não possuem recursos financeiros e humanos que possam oferecer uma atenção integral. O processo de envelhecimento faz com que os idosos apresentem declínio cognitivo, comumente observado nesta fase da vida. Esse fato leva o idoso a apresentar dificuldades em lembrar fatos recentes, de desenvolver cálculos e problemas com a atenção, em geral como relataram em sua pesquisa Rosa; Santos Filha e Moraes (2018, p. 3760).

Ficou evidenciado em nossa pesquisa que a maioria dos idosos não possuem autonomia e necessitam de mais apoio para a realização das atividades instrumentais da vida diária sendo totalmente dependentes para as AIVDs. A amostra pesquisada por Lopes at al. (2018, p. 2433) aponta que um número maior de idosos eram dependentes, convergindo com os nossos dados e ainda considerou que quanto mais longevo e dependente, maior a necessidade de assistência e de cuidados especializados e dispendiosos. A falta de habilidade na execução de tarefas simples muitas vezes encontra reforço nas instituições como se não fossem capazes de fazê-las. É comum nas ILPIs os funcionários preferirem ajudar os idosos em suas atividades, para agilizar o atendimento, reduzindo a capacidade funcional deles para a realização das AIVDs podendo levar a uma piora do quadro funcional e das limitações já existentes.

A média dos critérios individuais na escala AIVD em ordem crescente foram: Cuidados Pessoais (1,25); Comunicação (1,76); Trabalho e Recreação (2,08); Relações sociais (2,15); Compras e Dinheiro (2,67); Locomoção (2,72); Cuidados Domésticos (2,88). (Graf. 2)

**Gráfico 2** - Média dos critérios individuais na AIVD




Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com a média obtivemos nesse gráfico a avaliação dos domínios encontrados na escala AIVD. Ela avalia as atividades instrumentais da vida diária que englobam as tarefas relacionadas com a participação do idoso no contexto social e nas atividades da família para o grau de dependência funcional. Encontramos a menor média no item relativo aos cuidados pessoais, seguido de comunicação, trabalho e recreação e relações pessoais com desempenhos semelhantes, significando um maior comprometimento. Compras, dinheiro, locomoção e trabalhos domésticos apresentaram as maiores médias. Na pesquisa de Souza, Santana e Jesus (2017, p. 105) as atividades mais comprometidas foram os cuidados/trabalhos domésticos, confirmando nossos dados. Ainda segundo os autores, a incapacidade do idoso para realizar as AVD e AIVD, além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica em transtornos para ele e sua família.

A média da AIVD com base no sexo foi de 67,5 para homens com um desvio padrão de 11,09 e 62,6 para mulheres com um desvio padrão de 12,46. A raça apresentou os seguintes resultados: branca com média 60,71 e desvio padrão de 13,57; negra com média de 68,66 e desvio padrão de 11,01 e a parda com média 65,875 e desvio padrão de 10,77. Com relação à escolaridade os alfabetizados obtiveram média 59 com desvio padrão de 15,02 e os analfabetos média de 67,72 com desvio padrão de 8,05, conforme descrito. (Tab. 3).

**Tabela 3 –** Distribuição das médias e desvio padrão obtidos por meio da AIVD de acordo com as variáveis

| Variáveis | | Média | Desvio Padrão |
|---|---|---|---|
| **Sexo** | Feminino | 67,5000 | 11,0970 |
| | Masculino | 62,6000 | 12,4651 |
| **Raça** | Branca | 60,7143 | 13,5734 |
| | Negra | 68,6667 | 11,0151 |
| | Parda | 65,8750 | 10,7761 |
| **Escolaridade** | Alfabetizado | 59,0000 | 15,0222 |
| | Analfabeto | 67,7273 | 8,0510 |

Fonte: Dados da pesquisa

A média de desempenho na escala demonstrou que as mulheres se mostraram mais dependentes. Informação semelhante foi encontrado nos estudos de Souza, Santana e Jesus (2017, p. 106). Também nas pesquisas realizadas com idosos institucionalizados no Nordeste, Alcântara et al. (2019, p. 677) observou um predomínio do sexo feminino, com grau de dependência nas atividades da vida diária.

Os idosos alfabetizados tiveram média menor significando que estes são menos dependentes. Estudos de Lini, Portella e Doring (2016, p. 1007) descrevem que idosos analfabetos apresentaram dificuldades nas atividades e com dependência, corroborando os nossos dados.

## Considerações finais

Conclui-se que os dados aqui apresentados, em sua maioria corroborados pela litertura estudada, contribuirão para subsidiar ações em Instiuições de Longa Permanência no estado de Alagoas. As ILPIs representam um desafio quando pensadas no contexto da promoção da saúde.

Existe um número crescente de ILPIs no Brasil, porém, ainda são escassos os estudos sobre o perfil funcional desses idosos. Isso dificulta a implementação de programas de assistência, de orientação e treinamento dos profissionais que estão se dedicando ao cuidado com o idoso institucionalizado. Ressalta-se a importância de novas pesquisas e estratégias de ação, como Políticas Públicas mais atuantes para este grupo de pessoas, com maior envolvimento das Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social.

Destaca-se a necessidade de capacitação e educação continuada para os cuidadores, que devem se atualizar quanto as descobertas científicas, uma vez que a população mundial está envelhecendo. Temos grandes desafios na promoção da saúde das Instituições de Longa Permanência, entre elas, no que diz respeito ao grau de dependência e a capacidade cognitiva, levando em conta a heterogeneidade dos idosos.

Sugere-se que as atividades do autocuidado e as tarefas domésticas do dia a dia dessas pessoas nas IPLI sejam preservadas.

Também é importante incentivar os idosos residentes nas diversas atividades, bem como a participação dos estudantes, sensibilizando-os nas questões gerontológicas, através de estudos e pesquisas.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALCÂNTARA, Renata *et al.* Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos institucionalizados. **Revista de Enfermagem UFPE on line**., v. 13, n. 3, p. 674-679, mar, 2019.

BARBOSA, Lara *et al*. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte**.** **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 34, n. 2, p. 391-414, maio/ago, 2017.

BASSLER, Thaís *et al*. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista de Enfermagem UFPE on line**., v. 9, n. 12, p. 1085-92, dez, 2015.

BATISTA et al. A percepção do idoso sobre sua vivência em instituição de longa permanência. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**., v. 8, n. 7, p. 1988-96, jul, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral XXX congresso nacional de secretarias municipais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde - SUS. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. SUS Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRUCKI, Sônia *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 777-781 B, set, 2003.

CARNEIRO Darlei; VILELA Alba; MEIRA, Saulo. Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 19, n. 2, p. 203-209, abr/jun, 2016.

CASTRO, Vivian *et al*. Avaliação cognitiva de idosos em instituições de longa permanência: estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15, n. 3, p. 372-381, set, 2016.

CLOS, Michelle; GROSSI, Patrícia. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Revista bioética (Impr.)**, v. 24, n. 2, p. 395-406, mar, 2016.

GÜTHS, Jucélia *et al*. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, mar, 2017.

FAGUNDES, Karolina *et al*. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. **Revista de Salud Pública**, v. 19, n. 2, p. 210-214, abr, 2017.

LACERDA *et al.* Caracterização das Instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p.743-754, out, 2017.

LINI, Ezequiel; PORTELLA, Marilene; DORING, Marlene. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, out, 2016.

LOPES, Valderina *et al*. O que levou os idosos à institucionalização? **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 9, p. 2428-35, set, 2018.

MELO, Denise; BARBOSA, Altemir. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, dez, 2015.

MELO, Elisa *et al.* Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 468-480, abr-jun, 2018.

PINHEIRO, Natália *et al.* Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3399-3405, out, 2016.

ROSA, Tábada; SANTOS FILHA, Valdete; MORAES, Anaelena. Prevalência e fatores associados ao prejuízo cognitivo em idosos de instituições filantrópicas: um estudo descritivo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v .23, n.11, p. 3757-3765, nov, 2018.

SANTOS, Roberto; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 291-296, nov, 2008.

SCORTEGAGNA, Helenice; PICHLER, Nadir; FÁCCIO, Lúcia. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 21, n. 4, p. 304-311, mai, 2018.

SEQUEIRA, Carlos. **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. 2ª ed. Atualizada. Lisboa: Lidel, 2018.

SOUZA, Luiz; SANTANA, Ione; JESUS, Selma. Capacidade funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Acta Biomedica Brasiliensia**, v. 8, n. 2, p. 101-110, dez, 2017.

# ANÁLISE DA AUTOPERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES FÍSICAS REALIZADAS NO NASF DE JARDIM DO SERIDÓ – RN

Alana Simões Bezerra[1]

**Resumo:** A análise da autopercepção na terceira idade tem sido um assunto bastante discutido nos últimos anos. É importância se conhecer a autopercepção da população idosa, pois a partir daí será possível encontrar fatores de risco que indicam a vulnerabilidade dessa população. De modo que o presente estudo tem como objetivo analisar a autopercepção das idosas em relação às atividades físicas realizadas no NASF de Jardim do Seridó – RN. Esta pesquisa conta com a participação de 30 idosas, com faixa etária acima de 60 anos, participantes de atividade físicas desenvolvidas pelo NASF da cidade de Jardim do Seridó - RN, o estudo caracteriza-se como sendo de campo, exploratório e quantitativio. Foi utilizado um questionário elaborado pelos pesquisadores contendo 4 questões objetivas. Os resultados do estudo apontaram que em busca de uma melhoria para a saúde as idosas passam a participar de atividades físicas que possam diminuir o sedentarismo, além de ajudar contra diversas doenças, assim os idosos tem uma ótima autopercepção com relação aos benefícios das atividades físicas realizadas pelo NASF com relação a melhora na realização das atividades de vida diária. Também revelaram que a atividade física realizada no NASF que mais gostam foi a ginástica e os exercícios de alongamento. Dessa forma, conclui-se que as atividades físicas ofertadas no serviço do NASF aos olhos dos indivíduos da terceira idade, visam manter seu estado de saúde, além de desenvolver a capacidade de realizar as tarefas diárias com autonomia e independência.

**Palavras-chave:** Autopercepção, idosas, atividade física, NASF.

1 Mestre em Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, alanabezerra@fiponline.edu.br

## Introdução

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%).

O envelhecimento traz vulnerabilidade em relação a certas condições corporais, acompanhadas com problemas de saúde com maior dependência física (limitações para realizar atividades da vida diária) e/ou psíquica (aparecimento de ansiedade, depressão), diminuindo o desempenho das atividades físicas cotidianas. O alto comportamento sedentário peculiar à terceira idade, acentua os prejuízos no sistema estrutural e fisiológico frente ao envelhecer (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

A velhice é um período da vida com uma alta prevalência de limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes, isolamento social e com o passar dos anos essas pessoas tendem a fica sedentárias, acelerando a perda da força, flexibilidade, equilíbrio e resistência cardiovascular, levando ao declínio funcional, agravando ainda mais a situação, não tendo mais disposição para se movimentar, praticar qualquer atividade ou até mesmo sair da sua própria casa, portanto, fatores psicológicos, biológicos e sociais estão diretamente ligados ao processo de envelhecimento, caracterizado de modo evolutivo e sem volta, sendo um fenômeno que atinge todos os seres humanos (SEGUIN et al., 2012).

O início da velhice é um período complexo porque é difícil a aceitação em relação ao envelhecimento, é um processo multifatorial que se dá gradualmente em cada indivíduo. Não se pode categorizar um idoso apenas pela idade, de modo que, existem vários outros fatores que influenciam esse processo, assim a idade cronológica deixa de ser um marcador preciso para as mudanças que acompanham a velhice, passando a ser apenas uma maneira

ISBN 978-65-86901-26-9

de se contar os anos vividos, tendo em vista que existem variações de diferentes intensidades relacionadas ao estado de saúde, estilo de vida, influências constitucionais, contando que não há igualdade no processo de envelhecer da população (COELHO et al., 2013).

De acordo com World Health Organization - WHO (2012), o envelhecimento saudável passa a ser a resultante da interação multidimensional entre a saúde física, saúde mental, dependência da vida diária, integração social, isso tudo se mantendo equilibrado ao longo da vida de uma pessoa ativa, caracterizado pela experiência positiva de longevidade com preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento do indivíduo, trazendo benefícios para o bem-estar físico, social e mental. Propicia proteção, segurança, cuidados, além do que a palavra "ativo" refere-se à participação contínua nas questões social, econômicas, culturais e civis, e não somente a capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho.

Diante disto, é importante se estabelecer uma forma de o idoso percebe subjetivamente sua aptidão física, assim se tem a necessidade de desenvolver planos de ação que possam melhorar a qualidade de vida na velhice e isso seja perceptível para a pessoa idosa (ESPADA; CALERO, 2016).

A autopercepção de uma boa qualidade de vida é um indicador forte do estado de saúde do idoso por que dá informação a cerca da sobrevida dessa população. Assim, a percepção de qualidade de vida diz respeito a um julgamento subjetivo, ou seja, este fato não pode ser determinado por outra pessoa se não pelo próprio idoso (BUSATO et al., 2014).

Com relação a estes aspectos, percebe-se que, atualmente, o trabalho na melhora da capacidade funcional tem se deparado no suporte dos profissionais que atuam no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que parece causar reflexos positivos na expectativa de vida dessa população (CAMPOS et al., 2015).

A sociedade interfere no processo de envelhecimento quando esta influencia no modo como a população idosa se autopercebe em razão do seu corpo e sua saúde, uma vez que, cada vez mais o envelhecimento tem sido visto como um fator negativo, de desgaste da imagem corporal, no qual a aparência física vai perdendo seu espaço na boa forma. Deste modo, inevitavelmente, o equilíbrio entre a ingestão e a necessidade de nutrientes, apesar de influenciado por diversos fatores, sofre impacto na insatisfação com a imagem corporal (FERREIRA et al., 2014).

Discutindo sobre a inserção do profissional de Educação Física nos serviços públicos da saúde, Pedrosa e Leal (2012), destacam os diversos fatores em que o trabalho deste profissional pode ser utilizado, não somente ao promover e prevenir saúde através das práticas de atividades físicas, mas também como inclusão social, desenvolvimento motor físico, reabilitação além de está presente nas ações de coletividade para preparação de projetos com aliança com as ESFs para promoção de saúde dos usuários.

O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do Município de Jardim do Seridó – RN foi instituiu no dia 02 de Junho de 2014, com o objetivo de ampliar as ações da atenção básica, e também apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços. É constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (educador físico, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes social, terapeuta ocupacional), atuando em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família.

Assim para tentar contribuir com melhorias no nível de autopercepção dos idosos sobre os benefícios da prática de atividade física, levando em consideração, uma qualidade de vida satisfatória e ampliando o bem-estar nas relações do cotidiano, a pesquisa parte do interesse de apresentar resultados que possam contribuir com essa discussão. Também colaborando para o entendimento dos benefícios que as atividades físicas praticadas pelos idosos do NASF de Jardim do Seridó – RN proporciona. e ainda, levar informações sobre a percepção das idosas para que os professores de Educação Física possam desenvolver atividades físicas que supra as necessidades desse público.

A pesquisa tem como objetivo geral identificar a autopercepção dos idosos sobre a participação no grupo de terceira idade do NASF de Jardim do Seridó – RN.

## Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como sendo uma pesquisa de campo, do tipo exploratória, de abordagem quantitativa.

É uma pesquisa de campo, pois são 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,

ISBN 978-65-86901-26-9

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 representativas 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.

Os sujeitos investigados pela pesquisa foram 30 idosas (100% da população), participantes de atividades físicas realizadas na Academia da Saúde no NASF da cidade de Jardim do Seridó – RN. Como critérios de inclusão: deveria ser idosas, estar participando ativamente do grupo de atividades físicas do NASF e ter 75% de frequência, também deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. foram excluídas idosas que utilizavam outras serviços que não fosse os de atividade física.

A seleção da amostra foi não probabilística intencional, pois se oportunizou a participação de todas as participantes de atividades físicas da Academia da Saúde do NASF de jardim do Seridó - PB.

Como instrumento da pesquisa utilizou-se um questionário semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores responsáveis pelo estudo, contendo 4 questões objetivas sobre autopercepção, sendo elas: 1. Quais as razões que levaram você a participar do grupo? 2. Quais as atividades realizadas no grupo você mais gosta de praticar? 3. Quais atividades diárias você percebeu que melhorou? 4. Você acha que as atividades físicas realizadas no grupo melhoraram a sua qualidade de vida? As questões poderiam ser respondidas marcando mais de uma alternativa. Este instrumento proporcionou coletar informações sobre a percepção dos idosos em relação às atividades físicas realizadas no NASF de Jardim do Seridó – RN.

Como procedimentos, primeiramente foi realizada uma reunião com as idosas para explicar sobre a pesquisa, bem como realizar a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Em seguida, os questionários foram aplicados no ambiente onde elas realizam suas atividades físicas do NASF, caso a idosa sentisse dificuldade em responder, os pesquisadores fariam a leitura do questionário e assinalava a alternativa mencionada pela participante.

ISBN 978-65-86901-26-9

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos – UNIFIP e tem CAEE: 59697516.8.0000.5181 e número do parecer: 1.804.368.

Neste estudo seguiu-se 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.

Os resultados estão expostos em quantidade de respostas, não sendo realizada uma estatística descritiva, apenas a quantidade em números inteiros das respostas das idosas. E para a análise dos dados utilizou-se a literatura existente sobre a temática.

## Resultados e discussão

A pesquisa foi realizada com idosas acima de 60 anos praticantes de atividades físicas no NASF da cidade de Jardim de Seridó – RN. Os resultados expressam a autopercepção dos idosos que participam das atividades físicas desenvolvidas pela Academia da Saúde do NASF de Jardim do Seridó – RN a cerca dos benefícios que esta prática tem na sua saúde. A tabela 1 demonstra as respostas das idosas no que diz respeito às razões que os levaram a participar das atividades físicas do NASF.

**Tabela 1** – Razões que levaram a participar das atividades do NASF

| RAZÕES | QUANTIDADES DE RESPOSTAS* |
|---|---|
| Melhora da saúde | 26 |
| Melhora da autoestima | 02 |
| Orientação médica | 14 |
| Fazer novas amizades | 9 |

*As idosas podiam marcar mais de uma alternativa

**Fonte**: Dados da pesquisa

Percebe-se que pela maioria das respostas dadas as participantes desta pesquisa demonstraram que, as razões as quais levaram as idosas a procurar a prática de atividades física do NASF foram a melhora da saúde (26), orientação médica (14), fazer novas amizades (9), e melhora da autoestima (2).

Uma pesquisa realizada por Ribeiro et al. (2012) com o objetivo de identificar motivos pelos quais idosos de Pelotas –RS aderem a programas

de Atividade Física (AF) e determinar a importância da AF. os resultados indicam a prevenção da saúde (68,8%) como principal motivo de adesão. o Resultado deste estudo corrobora com os mencionados na tabela 1, onde obteve-se 26 respostas para a alternativa da melhora da saúde.

Grasso (2015) realizou um estudo que teve como objetivo identificar os fatores motivacionais que levam os idosos a praticarem exercícios físicos. ele verificou que 100% da amostra respondeu que os motivos estão relacionados a saúde, em segundo o condicionamento físico (90%), terceiro interação social (75%), e por fim a estética (70%).

Ainda colaborando com os dados mencionados na tabela 1, a pesquisa realizada por Eiras (2007) objetivou identificar as razões para a adesão e para a permanência de idosos em um programa de atividade física. chegou ao resultado que o motivo mais importante para a adesão é a melhoria da saúde, sendo a indicação de amigos e parentes também de grande relevância. e o que os levam a permanecer nas atividades físicas é a melhora da saúde, as amizades, o sentimento de pertencimento a um grupo, de bem-estar, a necessidade de estar comprometido com algo, a relação com o professor e a gratuidade do programa.

Em contrapartida aos dados encontrados no presente estudo, a pesquisa de Carvalho et al. (2016) que teve como objetivo identificar quais os motivos que levam os idosos a aderirem e permanecerem em um programa regular de exercício físico denominado vida saudável na cidade de Parintins – AM. Eles verificaram que os principais motivos que levam os idosos a participar do programa regular de atividade física com maior frequência foi o convite de amigos, seguido por indicação médica e saúde, pelo preenchimento de tempo livre e amizade, enquanto que exercitar-se e doenças foram às últimas opções.

Amaral, Pomatti e Fortes (2007) realiazaram um estudo que objetivou conhecer os benefícios atribuídos aos idosos na promoção de sua saúde à realização de atividades físicas regulares. Os resultados apontaram três principais categorias que foram elas: os benefícios da atividade física para corpo e mente, segundo o gosto pela atividade física e interação social e terceiro a promoção da saúde. Eles verificaram que os idosos gostam de ser ativos para manutenção de sua independência, e também, por que são conscientes sobre os benefícios para a promoçõa da saúde. Quando comparados estes resultados aos dados alcançados na presente pesquisa percebe-se que eles são semelhantes pelo fato da percepção da melhora da saúde.

ISBN 978-65-86901-26-9

Bezerra e Brito Filho (2018) realizou um estudo com o objetivo de analisar a influência da atividade física na qualidade de vida das idosas do NASF do município de Várzea – PB. Obtiveram como resultado que, segundo os idosos, a prática da atividade física tem grande influência na qualidade de vida, virificou-se que houve benefícios nos aspectos biológicos (resistência, força, melhora da saúde, bem-estar, prevenção de doenças, combate ao sedentarismo), nos aspectos psicológicos (aumento da autoestima, reduziu o nível de estresse), nos aspectos sociais (aprendeu novas atividades, ganhou independência)

**Tabela 2** – Atividades físicas mais prazerosas

| ATIVIDADE FÍSICA | QUANTIDADE DE RESPOSTAS |
|---|---|
| Ginástica | 20 |
| Dança | 09 |
| Atividades recreativas | 02 |
| Caminhadas | 15 |
| Alongamentos | 20 |

**Fonte**: Dados da pesquisa

Na Tabela 2, duas respostas tiveram resultados relevantes no que diz espeito às atividades físicas desenvolvidas no NASF que proporcionam mais prazer, assim, obteve-se a ginástica (20) e o alongamento (20), em seguida a caminhada (15), dança (09) e atividades recreativas (02). Assim, o resultado para esta pergunta do questionário, tem-se a ginástica e o alongamento como atividades físicas que mais proporcionaram prazer, levando em consideração que a ginástica é uma prática alegre e que utiliza música e dança, ela trás sensações de bem estar.

Em concordância com os dados apresentados na tabela 2, o estudo realizado por Szuster (2011) revelou que a ginástica é uma atividade física que leva o indivíduo a ter mais motivação, autoestima e autodeterminação, fazendo-os se sentir mais tranquilos e felizes.

Em Oliveira (2014) seus estudos comprovaram que o alongamento é uma atividade física indicada para idosos, pois não exige impacto nas articulações e nem grandes esforços, possibilitando maior flexibilidade, aspecto este reduzido durante o envelhecimento.

Ribeiro (2009) investigou os benefícios da prática da ginástica em idosos e observou uma influência positiva em um programa generalizado de ginástica, sobre a aptidão funcional de idosas, particularmente sobre a força dos

membros superiores, melhora da coordenação motora e da agilidade e do equilíbrio dinâmico.

Os achados da presente pesquisa sugerem que em busca de uma melhoria para sua saúde os idosos passam a participar ativamente de atividades físicas que possam diminuir o sedentarismo além de ajudar contra diversas doenças. Sendo assim, a motivação para realizar as atividades é maior, porém de acordo com seu desempenho funcional, tendo uma relação mais forte com a ginástica e os alongamentos. Essas condições podem ser modificadas com o passar do tempo, visto que as atividades desempenhadas pelo NASF caminham de acordo com a situação operacional dos usuários.

Sá, Cury e Ribeiro (2016) em seu estudo que teve como objetivo identificar e descrever as ações de promoção à saúde relacionadas à atividade física de idosos nas unidades básicas de saúde, assim como a percepção dos responsáveis sobre essa prática. Eles identificaram que as atividades que eram desenvolvidas foram grupos de caminhada e exercícios de alongamento, grupo de coluna e Qigong, e por meio dessas atividades físicas os participantes demonstraram seu entendimento sobre os benefícios das atividades físicas.

**Tabela 3** – Autopercepção dos idosos sobre os benefícios da prática de atividade física com relação às atividades de vida diária

| ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA | QUANTIDADES DE RESPOSTAS |
|---|---|
| Tomar banho | 23 |
| Se vestir | 24 |
| Pentear o cabelo | 23 |
| Sentar e levantar da cadeira | 25 |
| Deitar e levantar do chão | 26 |
| Limpar a casa | 22 |
| Caminhar | 28 |

**Fonte**: Dados da pesquisa

Observa-se que todas as respostas foram significativas, mas percebe-se que o aspecto que teve maior relevância foi o melhora no caminhar (28), seguido de deitar e levantar do chão (26), sentar e levantar da cadeira (25), se vestir (24), tomar banho e pentear o cabelo (23), e por fim limpar a casa (22). Assim, nota-se o quanto a prática da atividade física realizada pelo NASF proporcionou uma melhora na capacidade física e na saúde desses idosos.

Assim, nota-se diante dos dados que as idosas tendo uma melhor capacidade funcional, consequentemente terão uma independência, não dependendo de outras pessoas para a realização de atividades diárias. Nesta pergunta as idosas também podiam responder assinalando mais de uma alternativa.

Os dados encontrados na pesquisa no que diz respeito à autopercepção dos benefícios da prática da atividade física para a realização das atividades diárias foram muito significativos no tocante que, basicamente todas as opções de resposta tiveram um alto índice, revelando o quanto as práticas realizadas no NASF estão contribuindo para uma melhora na percepção da melhora da qualidade de vida dessas idosas.

Conforme Brito et al. (2016) para o idoso a realização das atividades básicas de vida diária aparece como algo presente e necessário para a sua sobrevivência, a percepção do idoso acerca do envelhecer ativo revela-se um elemento essencial, mantendo-o participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde, relacionando-se com o fato de como este é inserido no contexto social para o entendimento desse processo como algo natural, pautado numa vida ativa e no desenvolvimento de tarefas domésticas.

Em concordância com a presente pesquisa, os estudos de Costa (2013) demonstraram que os idosos que praticavam um programa atividade física mostrou ausência de diferenças significativas quanto à capacidade funcional, o que permitiu concluir que idosos fisicamente ativos mantém ótimas condições com relação às atividades de vida diária.

Aragoni et al. (2013) observou em seus estudos que, com relação a categoria de independência funcional, os idosos que realizavam atividade física adquiriram uma pontuação muito próxima do valor máximo, revelando independência total para realizar atividades diárias. Dados que colaboram com os resultados apresentados no presente estudo.

Outro estudo realizado por Bispo, Rocha e Rocha (2012), com 95 idosos cadastrados no Programa Estratégia de Saúde da Família, na cidade de Maceió-AL, mostrou que 89% dos idosos não possuem incapacidades funcionais para a realização de atividades diárias. Estes resultados não corroboram com os apresentados na tabela 3, o qual as idosas afirmam que percebeu melhoras quando as atividades diárias.

Mesquita (2018) realizou uma pesquisa que teve como finalidade de Investigar os benefícios físicos resultantes da prática regular da atividade física na percepção dos praticantes da Terceira Idade, da cidade de Castelo do Piauí. Ele verificou que os idosos relataram que das atividades relacionadas a

atividades da vida diária (AVDs), 48% sentiram melhoria em andar, 25% em tomar banho, 15% comer e 12% ao se vestirem. Já nas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), 67% dos idosos participantes disseram que sentiram melhoria ao fazerem as tarefas domesticas, 20% ao fazerem compras e 13% sentiram melhores ao lavarem roupas. Estes resultados reforçam os dados encontrados na presente pesquisa.

Na pesquisa de Souza (2016) que buscou identificar a percepção de idosos sobre os efeitos da prática de exercícios físicos em grupo na sua qualidade de vida. os participantes associaram o conceito de qualidade de vida com saúde, alimentação, exercício físico, relações sociais e lazer. Destacaram a influência do exercício físico em grupo em sua qualidade de vida relatando pontos positivos como aumento da disposição, aumento do círculo de amizade, maior independência, mobilidade, capacidade e melhora do bem-estar. Ainda ressaltaram benefícios nas relações pessoais, atividades domésticas e de lazer.

**TABELA 4** – Percepção sobre a melhora da qualidade de vida

| VOCÊ ACHA QUE AS ATIVIDADES FÍSICAS REALIZADAS NO GRUPO MELHORARAM A SUA QUALIDADE DE VIDA? | |
|---|---|
| **RESPOSTAS** | **QUANTIDADE** |
| Sim | 100% |
| Não | 0% |

**Fonte**: Dados da pesquisa

Conforme dados da tabela 4, todas as idosas percebem que as atividades físicas desenvolvidas no NASF tem melhorado a qualidade de vida.

Silva et al. (2016) realizou uma pesquisa que tinha com objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma Unidade básica de Saúde de Minas Gerais. Eles concluíram que a qualidade de vida de quem pratica atividade física é positiva, justamente com a percepção do envelhecimento mais saudável, porém a idade avançada pode interferir na qualidade de vida dos idosos quanto à questão de mobilidade e perda da força muscular.

Teixeira (2016) em seu trabalho que teve como finalidade avaliar os efeitos do exercício físico realizado em um grupo de idosos de uma Unidade Municipal de Saúde enquanto recurso para prevenção de agravos à saúde (sintomas depressivos e risco de quedas) e promoção de saúde, com ênfase na qualidade de vida. Ele concluiu que a prática de exercício físico realizada no

ISBN 978-65-86901-26-9

ambiente da Atenção Primária à Saúde evidencia uma estratégia capaz de, não somente estimular, mas também de criar oportunidade para a população idosa adotar estilo de vida saudável que ocasiona a emancipação física e a manutenção de capacidade funcional, resultando em melhor qualidade de vida dessa população.

Merquíades et al. (2009), desenvolveu uma pesquisa com o objetivo de comparar a percepção da qualidade de vida entre idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos que frequentam os programas oferecidos pela UFPB para idosos. Constatou-se que os melhores resultados da percepção da qualidade de vida foram dos idosos praticantes de atividade física, em compração aos idosos não praticantes para todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente). Assim, eles concluíram que os idosos praticantes apresentam melhores resultados tanto em relação ao nível de atividade física quanto nas prevalências de problemas de saúde e, sobretudo na qualidade de vida.

## Considerações finais

De acordo com os dados apresentados e o objetivo proposto pode-se concluir que as idosas tem uma ótima percepção quanto aos benefícios que as atividades físicas realizadas na Academia da Saúde do NASF de Jardim do Seridó – RN, trás melhoras para a condição de vida da população idosa que busca atendimento na atenção primária.

É observável também que os idosos compreendem que a prática de atividades além de minimizar os efeitos das perdas funcionais das atividades diárias, há uma evolução importante no aspecto social e no relacionamento interpessoal, quando se encontram em grupo, apesar de que a variável "melhora da saúde" é o que impulsiona o idoso a pratica de atividades físicas.

À vista disso, percebe-se que as atividades físicas ofertadas nos serviços do NASF aos olhos dos indivíduos da terceira idade, visam manter seu estado de saúde, além de desenvolver a capacidade de realizar as tarefas diárias com autonomia e independência. Verificou-se também, que as atividades físicas realizadas no NASF que mais são prazeirosas as idosas são a ginástica e os alongamentos. Por fim, verificou-se que todas as idosas percebem que a qualidade de vida melhorou com as atividades físicas promovidas pelo NASF.

Assim, torna-se necessário outros estudos com esta população para que se obtenha um controle mais detalhado das atividades que são realizadas no

ISBN 978-65-86901-26-9

NASF de Jardim do Seridó -RN durante o período de intervenção, e também no destreino (recesso das atividades), não só com relação à prática da atividade física, mas quanto ao estilo de vida dos idosos. Outras pesquisas nessa área são importantes, pois permitirá avaliar o planejamento de atividades físicas quanto a sua intervenção, recesso de férias e prescrição dos exercícios para os idosos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AMARAL, P. N.; POMATTI, D. M.; FORTES, V. L. F.; Atividades físicas no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 18-27, jan./jun. 2007.

ARAGONI, J. et al. Independência funcional e estágios e mudanças de comportamento para atividade física de idosos participantes em grupos de convivência. **Rev. Bras. Qualid. Vida**, v. 5, n. 2, p. 31-40, 2013.

BEZERRA, A. S.; BRITO FILHO, F. C. de. A influência da atividade física na qualidade de vida das idosas do NASF do município de várzea-PB. **Arq. Bras. Ed. Fis**., v. 1, n. 1, Jan./Jul., 2018.

BISPO, E. P. F.; ROCHA, M. C. G.; ROCHA, M. F. M. R. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na Comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. **Caderno de terapia ocupac**., v. 20, n. 1, p. 81-87, 2012.

BORGES, E. et al. O envelhecimento populacional um fenômeno mundial. In: DANTAS, E. H. M.; SOUZA, C. A. de. **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade** (Orgs.). Joaçaba: Editora Unoesc, 2017.

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.

BRITO, F. M. et al. Percepção de idosos acerca do envelhecimento ativo. **Revista de enfermagem UFPE (on line)**, v. 10, n. 5, p. 1571-1578, 2016.

BUSATO, M. A. et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade e idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 625-635, jul./set., 2014.

CAMPOS, V. et al. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, 2015.

CARVALHO, J. B. de; CASTELLANO, S. M.; SANTOS, S. F. da S. de; CAMPOS, L. A. S.; DE PAULO, T. R. S. Motivação na prática de atividade física para Idosos participantes do programa vida saudável em parintins/AM. **Coleção Pesquisa em Educação Física,** v. 15, n. 2, 2016.

COELHO, F. et al. **Exercício Físico no Envelhecimento Saudável e Patológico**: Da teoria a prática. 1 ed. Curitiba: CRV, 2013.

COSTA, T. M. R. **Independência e autonomia**: saúde funcional do idoso. 2013. 62f. Monografia (Graduação em Educação Física). Universidade Federal de Goiás – UFG, Inhumas, 2013.

EIRAS, S. B. **Adesão e permanência de idosos em um programa de atividade física**. 2007. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física) – Universidade federal do Paraná, Curitiba, 2007.

ESPADA, M. J.; CALERO, C. Self-perceived physical fitness and physical activity demand in the Spanish elderly **journal home about advanced search current issue archives**, v. 38, n. 2, 2016

FECHNE, 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. 20, 2015.

FERREIRA, A. A. et al. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 17, n. 2, p. 289-301, 2014.

GRASSO, F. **Fatores motivacionais que levam os idosos a realizarem exercícios físicos**. 2015. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Educação Física) – Centro Universitário de Brasília, Faculdade de Ciência da Educação e Saúde, Brasília, 2015.

MARTINS JUNIOR, Joaquim. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso**: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MARQUÍADES, J. H.; AGRA, J. H. M.; ALBUQUERQUE, K. M. D.; COSTA, R. C.; NAVARRO, A. C. A importância do exercício físico para á qualidade de vida dos idosos.

MESQUITA, E. da S. **A importância da atividade física na terceira Idade**: percepção de idosos da cidade de Castelo do Piauí dos benefícios da atividade física. 2018. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura Plena em Educação Física) - Faculdade do Médio Parnaíba-FAMEP, Castelo do Piauí, 2018.

OLIVEIRA, J. R. De. **Os benefícios do alongamento muscular na pessoa idosa**. 2014. 37f. Monografia (Especialização em Fundamentos da Educação: práticas pedagógicas Interdisciplinares). Universidade Estadual da Paraíba, 2014.

PEDROSA, O. P.; LEAL, A. F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família em uma capital do norte do Brasil. **Movimento**, v.18, n.2, p. 235-253, abr./jun., 2012.

RIBEIRO, J. A. B; CAVALLI, A. S.; CAVALLI, M. O.; POGORZELSKI, L. de V.; PRESTES, M. R.; RICARDO, I. C. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 34, n. 4, p. 969-984, out./dez. 2012

RIBEIRO, D. P et al. Programa de ginástica para idosos nos centros de saúde: avaliação da aptidão funcional. **Fisioter. Mov**., v. 2, n. 3, p. 407-417, jul./set., 2009.

SÁ, P. H. V. O. de; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. da C. C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 2, p. 545-558, maio/ago. 2016

SEGUIN, R. et al. Sedentary Behavior and Physical Function Decline in Older Women: Findings fom The Women Health Initiative. **Journal Aging Research**, 2012.

SEVERINO, Joaquim Antônio. **Metodologia do Trabalho**. São Paulo. 24. ed, 2016.

SILVA, P. L . N. da; TEIXEIRA, C. I. de B. F.; SOARES, E. D.; ALVES, C. dos R. Avaliação da qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física de uma unidade básica de saúde de Minas Gerais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 24-35, ago./dez. 2016

SOUZA, E. de L. **Percepção da qualidade de vida entre idosos que praticam exercícios físicos em grupo**. 2016. 58f. Monografia (Especialista em Saúde da Família) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2016.

SZUSTER, L. **Estudo qualitativo sobre a dança como atividade física em mulheres acima de 50 anos**. 2011. 69f. Monografia (Graduação em Educação Física). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2011.

TEIXEIRA, J. de N. B. **Exercício físico aplicado a idosos como recurso para promoção de saúde na Atenção Primária à Saúde**. 2016. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Concentração de Saúde da Família) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Good Health Adds Life to years**: Global brief for world health day, 2012.

ISBN 978-65-86901-26-9

# A PERSPECTIVA DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES GERIÁTRICOS.

Renata Esteves Frota[1]
Isadora Duarte Carvalho Magalhães[2]
Maria Tainá Ramalho Sá Rocha[3]
Cristiane Falcão de Almeida[4]

**Resumo: Introdução:** os cuidados paliativos dispõem de uma equipe interdisciplinar para manter o foco na prevenção e no alívio do sofrimento tanto do paciente quanto dos familiares. Esses serviços podem ser ofertados na vigência de qualquer doença, independente do estágio da enfermidade (seja precoce ou tardio). Ainda que a finalidade dos cuidados paliativos seja igual tanto nos jovens, como nos idosos, é importante salientar que a atenção na avaliação médica vai ser direcionada de uma forma única para cada grupo etático devido às doenças frequentes em determinadas faixas etárias. Na população geriátrica, tais cuidados necessitam de um reconhecimento mais acertado de todos os sintomas, visto que há nesses indivíduos maior prevalência de um espectro de deficiências que confundem o diagnóstico. Por isso, avaliação para esses pacientes deve ser abrangente ao mesmo passo que detalhada e minuciosa. No Brasil, o serviço paliativo é considerado uma temática cronologicamente jovem e, consequentemente, pouco posto em prática em relação a real necessidade dessa população. **Objetivo:** apresentar uma revisão sistemática acerca dos cuidados paliativos nos idosos. Materiais e métodos: obtiveram-se dados nas Bases Digitais Scielo® , PubMed® e UpToDate® sobre os cuidados paliativos

1 Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário Facisa - PB, restevesfrota@gmail.com;

2 Graduando pelo Curso de Medicina do Centro Universitário Facisa - PB, isadduartecm@gmail.com;

3 Graduando do Curso de Medicina do Centro Universitário Facisa – PB, taina_rocha26@hotmail.com;

4 Mestranda em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba - PB, cristiane.falcao@gmail.com;

ISBN 978-65-86901-26-9

no envelhecimento, compreendendo o período entre 2010 a 2020. **Principais resultados:** Os cuidados paliativos são uma pratica importante para oferecer alivio aos pacientes terminais e familiares, a qual deve ser praticada e estimulada entre os profissionais e serviços de saúde. Deve ser feita com uma equipe multidisciplinar levando em conta a parte orgânica e espiritual. Há proximidade conceitual entre ortotanásia e cuidados paliativos, porém não são coincidentes.
**Palavras-chave:** Cuidados Paliativos, Serviços de Saúde, Idoso Fragilizado.

## The perspective of palliative care in the quality of life of geriatric patients.

**Introduction**: palliative care has an interdisciplinary team to maintain the focus on preventing and relieving the suffering of both the patient and family. These services can be offered in the presence of any disease, regardless of the stage of the disease (either early or late). Although the purpose of palliative care is the same for both young people and the elderly, it is important to note that the attention in medical evaluation will be directed in a unique way to each age group due to the frequent diseases in certain age groups. In the geriatric population, such care requires a more accurate recognition of all symptoms, since there is a higher prevalence of a spectrum of deficiencies in these individuals that confuse the diagnosis. Therefore, assessment for these patients must be comprehensive while being detailed and thorough. In Brazil, palliative care is considered a chronologically young theme and, consequently, little put into practice in relation to the real need of this population. **Objective**: to present a systematic review about palliative care in the elderly. **Materials and methods:** data were obtained from the Scielo®, PubMed® and UpToDate® Digital Bases on palliative care in aging, covering the period from 2010 to 2020. **Main results**: Palliative care is an important practice to offer relief to terminal patients and family members, which should be practiced and encouraged among health professionals and services. It must be done with a multidisciplinary team taking into account the organic and spiritual part. There is conceptual proximity between orthothanasia and palliative care, but they are not coincident.
**Keywords**: Palliative Care, Health Services, Frail Elderly.

## Introdução

Os cuidados paliativos foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como ações que consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante de uma doença que ameace a vida por meio da prevenção e alívio do sofrimento (OMS, 2002). Nessa modalidade de tratamento, o principal cuidado é com o diálogo, visto que deve ser feito com compaixão e com atenção aos mínimos detalhes para garantir autonomia ao paciente.

Uma visão geral da avaliação abrangente do paciente em cuidados paliativos resumida no conceito de "dor total", introduzido por Dame Cicely Saunders - médica fundadora do reconhecido St Christopher's Hospice, e suas ramificações clínicas, a adequação da avaliação das necessidades de cuidados paliativos e os componentes da avaliação paliativa abrangente (OKON; CHRISTENSEN, 2020). Isso se relaciona com a concepção da OMS, que prevê o cuidado integral do doente - que não aborda só os sintomas, mas também prioriza um atendimento individualizado de forma completa que preza pelos valores e preferências do paciente. Logo, uma comunicação consistente e sustentada entre o paciente e todos os envolvidos em seus cuidados é a base sólida para que se tenha o fornecimento do apoio psicossocial, espiritual e prático que os pacientes e seus familiares precisam. De acordo com a abordagem orientada para a família, os cuidados paliativos também se estendem ao período de luto da família.

Há uma defesa para cuidados paliativos que vai muito além do senso comum, não se deve limitá-lo a um serviço somente para o final da vida, mas, na verdade, eles devem ser instituídos em todas as fases da doença com o objetivo base de aliviar o sofrimento. Além disso, a autonomia e a independência - aspectos fundamentais quando se fala da reabilitação - são objetivos importantes na assistência em cuidados paliativos. Até mesmo antes da definição da OMS, Twycross (2000) já pontuava que o paciente deve ser ajudado a realizar seu potencial máximo com ênfase no fazer ao invés do ser atendido, proporcionando dignidade e autoestima. Os cuidados paliativos podem ser fornecidos juntamente com tratamentos curativos ou prolongadores da vida, embora tenha maior procura e acolhimento deste tipo de cuidado na etapa crítica da enfermidade. Assim, vê-se a definição de um zelo médico necessário

ISBN 978-65-86901-26-9

de forma integral e precoce, entretanto ainda é pouco instalado desde o início da doença.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) já considera os Cuidados paliativos como uma área de atuação e especialidade médica, inclusive com residências em alguns hospitais do país. Além disso, houve a inclusão, em algumas faculdades de medicina no Brasil, de uma cadeira com abordagem sobre esse tema, disseminando ainda mais o conhecimento para os futuros médicos.

Diante de uma maior necessidade de abordagem do assunto, até pela sua inserção recente na prática médica, ressalta-se como objetivo apresentar uma revisão sistemática acerca dos cuidados paliativos em pacientes idosos.

## Metodologia

Utilizou-se como Descritores em Ciência de Saúde (DeCs): Cuidados Paliativos AND Serviços de Saúde para Idosos AND Idoso Fragilizado. Foram selecionados artigos nas bases de dados Scielo®, PubMed® e UpToDate®, analisados quanto ao título, ao tipo de estudo e ao ano, atentando para os critérios de inclusão de artigos disponíveis na íntegra, idioma português e inglês e publicados nos últimos 10 anos. Além disso, foram excluídos artigos cujos recortes metodológicos foram considerados distantes da proposta do presente estudo, incluindo todos aqueles que discorriam sobre o assunto de uma forma restrita, quer seja se limitando a ações de cuidados paliativos em determinadas idades e doenças específicas ou a atuação de apenas uma área profissional da saúde na aplicação destes cuidados.

## Resultados e discussão

O maior propósito dos cuidados paliativos é justamente oferecer alívio do sofrimento ao paciente e aos seus parentes. Vale ressaltar que a emoção é sentida de forma única. Ainda em pacientes com o mesmo DNA, as expressões de sofrimento são diferentes. Então, a partir da perpersctiva de um diagnóstico, as partes envolvidas começam a desensolver sentimentos perante o percurso do tratamento.

A assimilação de desconforto e carga de doença entre pacientes em cuidados paliativos é altamente individualizada. Dame Cicely Saunders, fundadora do moderno hospício e cuidados paliativos, aborda a complexidade do

sofrimento dessa população através do termo "dor total". Esse conceito fornece uma estrutura definidora para a avaliação do paciente em cuidados paliativos, refere-se aos mecanismos e manifestações como: componentes físico, emocional, socioeconômico e espiritual (OKON; CHRISTENSEN, 2020).

É absolutamente comum que os paciente idosos apresentem mais de uma doença, até porque a idade é fator de risco para muitas delas. Existe uma máxima da urologia abordando a ideia de que os pacientes do sexo masculino, a medida que envelhecem, estão muito propensos ao desenvolvimento de câncer de próstata. Sendo assim, lidar com mais uma comorbidade não é fácil. Torna-se díficil, também, para os familiares, visto que, normamente, os filhos precisam se dedicar para dar alicerce ao envelhecimento dos pais.

É sabido que os cuidados paliativos utilizam uma equipe interdisciplinar para se concentrar na prevenção e no alívio do sofrimento, independentemente da doença, estágio ou necessidade de outras terapias. Embora os objetivos dos cuidados paliativos em idosos sejam os mesmos dos indivíduos em outras faixas etárias, o espectro de sintomas em idosos difere um pouco do observado em pessoas mais jovens (O'NEILL, 2020). A terceira idade geralmente morrem de doenças crônicas (onde tem alta prevalência de sintomas) que são precedidas por longos períodos de declínio físico e comprometimento funcional (seja cognitivo, motor, visual ou auditivo), como demência, delirium, incontinência urinária e alta propensão a quedas.

Uma vantagem do serviço de cuidados paliativos é o acompanhamento próximo do paciente geriátrico, possibilitando uma triagem dos sintomas mais precisa e, consequentemente, uma abordagem útil para identificar necessidades desse paciente nesse serviço. Entretanto, é inegável que idosos com déficit cognitivo (quer seja por demência ou delirium) dificultam o reconhecimento de certos sintomas ou concomitância com outra patologia e, assim, complicam o manejo dos sintomas. Por isso, há um medo que nessa população haja uma subnotificação da dor, além de que frisam por uma supervisão médica ainda mais frequente para identificar e avaliar adequadamente a gravidade da dor nesses indivíduos.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Figura 1:** Comportamentos comuns de dor em idosos com problemas cognitivos.

| Comportamentos comuns da dor em idosos com problemas cognitivos |
|---|
| **Expressões faciais** |
| Leve carranca; rosto triste e assustado |
| Careta, testa enrugada, olhos fechados ou apertados |
| Qualquer expressão distorcida |
| Piscando rapidamente |
| **Verbalizações, vocalizações** |
| Suspirando, gemendo, gemendo |
| Grunhindo, cantando, chamando |
| Respiração barulhenta |
| Pedindo ajuda |
| Verbalmente abusivo |
| **Movimentos corporais** |
| Postura corporal rígida e tensa, protegendo |
| Inquietação |
| Maior ritmo, balanço |
| Movimento restrito |
| Alterações de marcha ou mobilidade |
| **Mudanças nas interações interpessoais** |
| Cuidados agressivos, combativos e resistentes |
| Interações sociais diminuídas |
| Socialmente inadequado, perturbador |
| Retirado |
| **Mudanças nos padrões ou rotinas de atividades** |
| Recusando comida, mudança de apetite |
| Aumento nos períodos de descanso |
| Sono, alterações no padrão de repouso |
| Cessação repentina de rotinas comuns |
| Maior vagueamento |
| **Alterações do estado mental** |
| Choro ou lágrimas |
| Maior confusão |
| Irritabilidade ou angústia |

Alguns pacientes demonstram pouco ou nenhum comportamento específico associado à dor intensa.

*Reproduzido de: Painel AGS sobre dor persistente em pessoas idosas. O manejo da dor persistente em idosos. J Am Geriatr Soc 2002; 50 (6 Supl): S205. Copyright © 2002 Sociedade Americana de Geriatria. Recriado com permissão da American Geriatrics Society.*

**Fonte:** Up to Date, 2020.

Segundo registros da Organização Mundial da Saúde (OMS), dos 58 milhões de mortes por ano no mundo, 34 milhões são por doenças crônico-degenerativas incapacitantes e incuráveis. O Brasil assiste a um milhão de óbitos por ano, dos quais 650 mil deles por doenças crônicas. Cerca de 70% dessas mortes ocorrem em hospitais, grande maioria em unidades de terapia intensiva (UTI). Eis um quadro bem comum na fase de grande madureza da vida (Pessini; Bertachini, 2006; ONU, 2012).

**Figura 2:** Critérios de indicação para cuidados paliativos em UTI.

| **Figura 2: Critérios de indicação para cuidados paliativos em UTI.** |
|---|
| Admissão proveniente de Instituição de Longa permanência de paciente portador de uma ou mais condições crônicas limitantes (por exemplo, demência) |
| Duas ou mais admissões na UTI na mesma internação |
| Tempo prolongado de ventilação mecânica ou falha na tentativa de desmame |
| Falência de múltiplos órgãos |
| Paciente candidato à retirada de suporte ventilatório com possibilidade de óbito |
| Câncer metastático |
| Encefalopatia anóxica |
| Sofrimento familiar que comprometa a tomada de decisões |

**Fonte:** Manual de cuidados paliativos, 2006.

Cada vez mais, é preciso dedicar atenção, paciência, respeito e dinheiro em busca de oferecer um processo final de vida confortável. As consequências da experiência da doença alcançam a todos em maior ou menor nível. É possível que algum parente mais próximo assuma a maior parte da responsabilidade, sobrecarregando-se muitas vezes. Logo, o indíviduo em maior contato com o paciente idoso e com as dificuldades advindas disso pode apresentar quadros de ansiedade, depressão, dentre outras doenças psiquiátricas, relevando que é imprescindível que a equipe de saúde forneça um atendimento humanizado a essas famílias com foco na escuta e na empatia.

A parte técnica da medicina não deve ser menosprezada. A anamnese, o exame físico, o conhecimento teórico acerca das doenças e da classe de medicações é fundamental para auxiliar nas condutas a partir de cada caso, sendo que a prática torna isso mais fácil e automático. "Há, todavia, uma tendência desses profissionais de restringir sua discussão aos aspectos meramente técnicos, seja na assistência à saúde, seja nas ações de saúde pública" (Rego; Palácios, 2006, p.1759). Os autores também relatam que a maioria das unidades hospitalares brasileiras não possui uma diretriz sobre como cuidar de seus pacientes que estejam com um quadro terminal, mas também não há informações sistematizadas sobre como esses últimos momentos são vividos, seja pelos pacientes, seja por seus familiares (ibidem, p.1757).

Nesse contexto, os cuidados paliativos possibilitam a suspensão de tratamentos desnecessários aos pacientes, ou seja, que não são capazes de mudar a história natural da doença com foco na mudança do sofrimento físico e psicólogico, tornando-se uma espécie de suporte, visando a uma melhor qualidade

de vida. Assim, com uma abordagem holística, observando o paciente como um ser biográfico mais que um ser simplesmente biológico, poderemos, respeitando seus desejos e suas necessidades, melhorar o curso da doença.

Ademais, já se considerou que tais zelos fossem melhor aproveitados em situações mais terminais em que as possibilidades terapêuticas estivessem esgotadas. Sabe-se que essa vertente não é mais coerente. Os cuidados paliativos são úteis em qualquer fase da doença desde o início até os estágios mais avançados. O simples fato do paciente idoso e de seus familiares poderem compartilhar as angústias e os medos traz conforto.

Enfatiza-se dessa forma que cuidado paliativo nada tem a ver com eutanásia, como muitos ainda querem entender. Essa relação ainda causa decisões equivocadas quanto à realização de intervenções desnecessárias e enorme dificuldade em prognosticar paciente portador de doença progressiva e incurável e definir a linha tênue e delicada do fazer e do não-fazer. Um diagnóstico objetivo e bem embasado, o conhecimento da história natural da doença, um acompanhamento ativo, acolhedor e respeitoso e uma relação empática com o paciente e seus familiares nos ajudarão nas decisões.

Uma forma dos profissionais de saúde serem capazes de trazer mais conforto aos parentes, diante da possibilidade iminente de morte, é analisar o legado deixado pelo paciente, especialmente, os idosos. Os pacientes idosos apresentam uma longa trajetória de vida, podendo ter deixado vários ensinamentos a respeito de amor, de crescimento, de força, de sentido de vida, entre outros. Sendo assim, não é justo que tudo isso seja enterrado junto do corpo doente. Normalmente, o amor envolvido na relação possibilita alívio do processo de luto.

O luto está relacionado as experiências vividas a partir da morte de um ente querido ou qualquer membro da rede de suporte social com impacto em todas as áreas de influência humana. É importante avaliar as prováveis mudanças do humor e do padrão comportamental, como: dificuldade para concentrar-se, comportamento agressivo diante dos outros e de si mesmo, fadiga, perda na regulação do sono, da fome e de autocuidados.

Outra dimensão a ser ressaltada é a espiritual. Não se pode negar que a fé é capaz de modificar a mentalidade das pessoas perante as adversidades impostas pela vida. Por isso, é uma realidade que ganha um espaço, muitas vezes, nunca visto. Pode se apresentar de forma mais intensa, facilitando a compreensão do quadro. No entanto, é possível que haja outra concepcão. Sendo

ISBN 978-65-86901-26-9

assim, o paciente sente-se abandonado pelo ser superior em um momento difícil e com muito sofrimento.

Essa sensação de abandono e de que suas "preces" não foram escutadas pelo ser superior são fortes potenciais para levar o paciente terminal em direção a uma patologia muito comum nessa realidade: a depressão. Tendo em vista isso propor um apoio espiritual por parte da equipe e/ou da família é algo que vem mostrando resultados positivos durante essa fase. O cuidado transpessoal tem a capacidade de ir além do orgânico e das necessidades humanas,por isso é importante perceber a sua relevância no cuidado paliativo, visando assim superar paradigmas que podem repercutir na terapêutica e na assistência.(MATOS; GUIMARÃES, 2019)

Diante de uma vasta diversidade da experiência individual de sofrimento, está incluso fatores não clínicos idiossincráticos- já citados, como o "pressentimento", otimismo, intuição e fé (BOYD, 2010). Além do fornecimento de recomendações e grau de participação na tomada de decisões médicas (ROMO, 2017) e a localização dos cuidados paliativos ou local da morte (HOARE, 2015; GOMES, 2013) variam entre os indivíduos e podem evoluir ao longo do tempo, ressaltando o imperativo de que a avaliação paliativa seja rotineiramente abordada ao longo do tempo. Nesse último, estudo desenvolvido no Medicare Hospice Benefit dos Estados Unidos, indica que a preferência comum pelo conforto em casa está longe de ser universal, variando de 31 a 87% para o lar como local preferido de morte. Também enfatiza que os médicos devem ser cautelosos ao generalizar as necessidades de cuidados paliativos de um paciente para outro. Uma avaliação paliativa estruturada ajuda os médicos a identificar valores e crenças pessoais e a resolver conflitos incipientes sobre o prognóstico ou a intenção do tratamento.

Infelizmente nem sempre o paciente consegue ser mantido em casa ou junto da família, passando assim o estágio terminal em unidades de terapias intensivas. Atualmente muitas utis são humanizadas, permitindo acompanhantes e tornando o ambiente aparentemente menos hostil. Todavia é importante lembrar que o fato de estar em UTI não impossibilita a presença dos cuidados paliativos,eles podem e devem estar presentes. Por exemplo, para quadros de morte iminente, a equipe intensivista,deve ter a capacidade de analisar cada caso e ver quando é conveniente ou não permanecer com ações que só visam o prolongamento da vida, mesmo com sofrimento. O objetivo na verdade trazer alívio, para isso podemos lançar mão de drogas e tecnologias de

assistência presentes na UTI, como opioides para alívios da dor e VNI para dispneias.(FONSECA; MENDES JUNIOR; FONSECA, 2012)

**Figura 3:** Conhecimento médico sobre o que propor ao doente sem possibilidades de cura.

| Resposta | Percentual |
|---|---|
| Cuidados paliativos | 28,9% |
| Qualidade de vida | 25,0% |
| Cuidar dos sintomas e/ou sofrimento | 30,3% |
| Resposta inadequada | 13,2% |
| Não respondeu | 2,6% |

** Classificação relativa à definição da OMS.*

**Fonte:** (BRUGUGNOLLI, 2013)

Um dilema, diante de pacientes graves, é informar a gravidade do quadro clínico família e ao próprio paciente. Alguns acreditam que a verdade pode fazer que o paciente evolua mal, porque, na ausência de perspectiva de cura, é possível que ele perca as esperanças e até recuse alguns tipos de medidas paliativas, com o fito de evitar o sofrimnto dele e dos parentes. No entanto, a verdade não mata. Evidente que haverá um momento de tristeza, mas vale ressaltar que falsas promessas de cura e ilusões farão ainda pior. Um paciente idoso frente uma enfermidade incurável pode se tornar uma forma de aproximar os familiares. Seria melhor, sem dúvida, que as famílias fossem unidas por vontade própria, porém é percebido, em hospitais, clínicas e até em situações de homecare, que as dificuldades enfrentadas abrem portas para uma maior união em busca de um objetivo em comum: tornar a vida do paciente a melhor possível. Uma boa justificativa para a verdade ser dita em todas as circunstâncias é dar a chance do idoso aproveitar o tempo de maneira consciente, assumindo um maior protagonismo.

A conversa transparente favorece uma melhor relação médico-paciente. Ela se torna mais difícil a medida que a doença avança. Torna-se, cada vez mais, delicado abordar as condições que o paciente espera morrer. Logo, o quanto antes seja exposto o caso, melhor vai ser para lidar com o futuro. Inclusive, cabe ressaltar que a vontade do paciente deve ser anotado no prontuário médico durante as conversas, bem como: decisões acerca do funeral e doação de órgãos.

É imprescindível perceber que os profissionais de saúde não devem absorver as dores dos enfermos, porque, sendo assim, a conduta vai estar comprometida. Diante de sentimentos, como o medo, é possível que o ser humano paralise. Isso pode ser justificado até por uma questão evolucional. No início, os indivíduos ficavam expostos, em florestas, a animais de grande porte. Uma alternativa para evitar o conflito seria a paralisação, tornando-se uma maneira de proteção. Sendo assim, ao se tornar responsável de cuidar de pessoas com um alto grau de fragilidade a equipe de saúde pode se sentir coagida. Não é possível negar a pressão nesses casos. Diante disso, o ideal entrar no estado de compaixão. Assim, é possível ofertar ajuda.

**Figura 4:** Ações comunicativas no apoio ao familiar na terminalidade.

| Ações comunicativas eficazes |
|---|
| Presença mais frequente. |
| Verbalização de disponibilidade, compaixão e pesar pela perda. |
| Perguntar o que ela precisa ou o que você pode fazer para ajudá-la naquele momento. |
| Respeitar crenças, rituais e expressão de sentimentos; se puder, participar junto. |
| Utilizar o toque afetivo. |

**Fonte:** Manual de cuidados paliativos, 2006.

Nesse contexto, pode-se comparar o atendimento dado a esses pacientes com os vítimas de trauma no sentido de que, no ambiente extrahospitalar, o primeiro passo para iniciar o auxílio é verificar a cena. A partir disso, o profissional garante sua segurança e sua funcionalidade. Por isso, torna-se importante mensurar o envolvimento.

O melhor atendimento depende de características técnicas e mentais. Os profissionais de saúde devem estar cientes da condição da própria saúde mental. É válido destacar uma maior evidência das doenças psiquiátricas no contexto médico, como: depressão, ansiedade e síndrome de burnout. Uma das justificativas é a associação entre jornadas longas de trabalho e a pressão de cuidar da vida de um terceiro. É difícil lidar com uma conduta terapêutica errônea.

Nessa perspectiva, ainda é importante destacar as condições hostis, muitas vezes, encontradas nos ambientes de trabalho, especialmente, públicos, visto que a falta de equipamentos não é incomum. Além disso, uma grande demanda de pacientes associada a serviços com déficit na gestão. Nessa situação que os profissionais de saúde não podem interferir diretamente, uma saída

plausível para confoto da mente é humanizar as relações no ambiente de trabalho para que haja troca de experiências por exemplo.

É um grande desafio para os médicos e profissionais da saúde compreenderem que não há fracasso quando um paciente falece. O maior perigo desse exercício de avaliar tempo de sobrevida de uma pessoa é determinar a "morte social" antes da morte física propriamente dita. Uma vez que se estabelece que um paciente tem uma expectativa de vida pequena, em dias ou semanas, corremos o risco de subestimar suas necessidades e negligenciar a possibilidade de conforto real dentro da avaliação do paciente e de sua família. O ponto crucial do fracasso reside na impossibilidade de ofertar qualidade de vida aos pacientes.

A verdade é que há necessidade de avaliação abrangente não apenas do paciente, mas também de seus familiares, cuidadores e ambiente, bem como um vínculo introspectivo próximo e contínuo por parte do médico. Isso são as fontes interpessoais de sofrimento, evidenciadas no: luto por parte da família, apego do cuidador e relação médico-paciente mais forte. Essa última, inadvertidamente associada ao surgimento de luto e insegurança por parte do clínico, pode afetar as decisões terapêuticas e o bem-estar do paciente, da família e do próprio clínico, levando a uma menor acurácia prognóstica do enfermo.

As decisões terapêuticas no cenário de pacientes terminais é um tema circundado por muita polêmica, seja no meio social ou jurídico, e devido a isso muitos profissionais ainda sentem receio ao tratar sobre o assunto cuidados paliativos, por acharem que podem ser confundidos com praticantes de eutanásia(HERMES, 2013).

Tal receio se dá pelo vasto debate bioético sobre as práticas de eutanásia, distanásia e ortotanásia. A primeira é definida como a prática de abreviar a vida, buscando aliviar sofrimento para os pacientes, a segunda seria o prolongamento do processo da morte, com medidas terapêuticas que só prolongam a vida biológica. Já a ortotanásia vem com a proposta mais compatível e muitas vezes em parceria com os cuidados paliativos, na qual há também a preocupação com uma morte sem sofrimento, mas dispensa sua antecipação ou o uso de métodos desproporcionais de prolongamento da vida.(FELIX,2013)

Os Cuidados paliativos não são focados na morte, mas sim no conforto e no alívio durante o percurso que o paciente percorre, desta forma há uma proximidade em sua definição com a ortotanásia, mas não são coincidentes. O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006, chamada resolução da ortotanásia, ao

garantir que seja ofertado cuidados necessários ao alívio dos sintomas de dor e sofrimento, visando uma assistência integral, ratifica a necessidade de que o cuidado paliativo seja um aliado na prática da ortotanásia. Ademais ao ofertarmos uma assistência humanizada para um paciente terminal, proporcionando um enfrentamento menos árduo, podemos estar evitando a indução de uma eutanásia.

Ainda nesse mesmo cenário imbuído por polêmicas éticas podemos citar o uso da sedação paliativa, prática que pode ser usada nos cuidados paliativos, visando o uso de recursos técnicos e terapêuticos que proporcionem uma morte digna. O termo "sedação paliativo" foi uma nomenclatura dada mais recente, em substituição ao termo "sedação terminal", haja vista que este último nos traz um olhar mais negativo sobre a prática, gerando dúvida se a sedação é usada para terminar a vida (eutanásia). Todavia a sedação paliativa não vem com o objetivo de ser um meio para finalização, mas sim ser o uso de fármacos que geram diminuição da consciência, diante de sintomas refratários.

## Considerações finais

Os Cuidados Paliativos apresentam-se como uma forma inovadora de assistência com abordagem no indíviduo e não na doença, tornando o paciente protagonista do cenário, considerando sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a utilização desse tipo de suporte não é restrita aos pacientes oncológicos, pelo contrário: percebe-se o incremento dessas práticas em pacientes portadores de demência. Por não se configurar como condição aguda, os pacientes podem retornar as suas casas com a consciência a respeito dos princípios designados a partir de doenças com prognóstico reservado, tendo a convicção de que a equipe de saúde – composta por médico, enfermeiro, nutricionista, terapeuta, logo: multidisciplinar - estará disponível para acompanhar o processo.

A medicina paliativa busca o seu espaço, para que não somente o paciente com possibilidades de cura seja atendido, mas os que sofrem com doenças em que a morte é inevitável também, pois a medicina científica não deve ser antagônica da medicina paliativa, mas devem ser simbióticas.

Os profissionais de saúde pouco têm contato com o tema durante a gradução e, também, há escassez de estudos refinados acerca das melhores condutas frente quadros clínicos incuráveis. Ademais, lidar com os parentes é

ISBN 978-65-86901-26-9

missão difícil para os médicos principalmente, evidenciando a importância de, cada vez mais, pesquisas sejam feitas nesse âmbito.

## Agradecimentos

Inicialmente, gratidão pela oportunidade de pulicação no *ebook* do congresso internacional do envelhecimento (CIEH) edição 2020.

Ademais, ao nossa orientadora Cristiane Falcão de Almeida pela parceria durante a elaboração do projeto de forma objetiva e compreensível.

## Referências

Boyd EA, Lo B, Evans LR, et al. "It's not just what the doctor tells me:" factors that influence surrogate decision-makers' perceptions of prognosis. *Crit Care Med*. 2010;38(5):1270-1275. doi:10.1097/CCM.0b013e3181d8a217

Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. *BMC Palliat Care*. 2013;12:7. Published 2013 Feb 15. doi:10.1186/1472-684X-12-7

Hoare S, Morris ZS, Kelly MP, Kuhn I, Barclay S. Do Patients Want to Die at Home? A Systematic Review of the UK Literature, Focused on Missing Preferences for Place of Death. *PLoS One*. 2015;10(11):e0142723. Published 2015 Nov 10. doi:10.1371/journal.pone.0142723

Romo RD, Allison TA, Smith AK, Wallhagen MI. Sense of Control in End-of-Life Decision-Making. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(3):e70-e75. doi:10.1111/jgs.14711

GOMES, ANA LUISA ZANIBONI; OTHERO, MARÍLIA BENSE. Cuidados paliativos. **Estud. av.**, São Paulo , v. 30, n. 88, p. 155-166, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155&lng=en&nrm=iso>. access on 02 July 2020. http://dx.doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2577-2588, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jul. 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000900012

Atty, Adriana Tavares de Moraes e Tomazelli, Jeane GlauciaCuidados paliativos na atenção domiciliar para pacientes oncológicos no Brasil. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. 116 [Acessado 2 Julho 2020] , pp. 225-236. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-1104201811618.

PALMEIRA, Heloísa Maria; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; PERES, Rodrigo Sanches. Cuidados paliativos no Brasil: revisão integrativa da literatura científica. **Aletheia**, Canoas , n. 35-36, p. 179-189, dez. 2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jul. 2020

DUARTE, Itala Villaça; FERNANDES, Krícia Frogeri; FREITAS, Suellen Cristo de. Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 73-88, dez. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 jul. 2020.

MATOS, Johnata da Cruz; GUIMARAES, Silvia Maria Ferreira. A aplicação do cuidado transpessoal e a assistência espiritual a pacientes idosos em cuidados paliativos. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, e190186, 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000500212&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jul. 2020. Epub 03-Jun-2020. http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190186.

FONSECA, Anelise Coelho da; MENDES JUNIOR, Walter Vieira; FONSECA, Maria de Jesus Mendes da. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 24, n. 2, p. 197-206, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000200017&lng=en&nrm=iso>. access on 01 July 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2012000200017.

BARBOSA, António; NETO, Isabel. Manual de cuidados paliativos. **Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa**, v. 200, 2006.

HERMES, Hélida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2577-2588, 2013.

FELIX, Zirleide Carlos et al . Eutanásia, distanásia e ortotanásia: revisão integrativa da literatura. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 9, p. 2733-2746, Sept. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.

php?script=sci_arttext&pid=S1413=81232013000900029-&lng=en&nrm-iso>. access on 05 July 2020. https://doi.org/10.1590/S1413-812320 13000900029.

EICH, Melisse et al . Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 66, p. 733-744, Sept. 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000300733&lng=en&nrm=iso>. access on 05 July 2020. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0853.

BRUGUGNOLLI, Izabela Dias; GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira; SILVA, Eduardo Marques da. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto?. **Rev. Bioét.**, Brasília , v. 21, n. 3, p. 477-485, Dec. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 08 July 2020. https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000300012.

# CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E SUA RELAÇÃO COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Anne Karelyne de Faria Furtunato[1]
Ana Elza Oliveira de Mendonça[2]
Mayara Priscilla Dantas Araújo[3]
Thaiza Teixeira Xavier Nobre[4]
Vilani Medeiros de Araújo Nunes[5]

## Introdução

O envelhecimento populacional é uma resposta às mudanças de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Esse processo traz preocupações acerca do modo de viver, uma vez que a redução da disponibilidade de cuidado familiar, a inexistência de serviços de apoio social e de saúde, o alto custo do cuidado domiciliar, residências com espaço físico reduzido, estruturas com riscos para quedas e a violência contra o idoso, são considerados fatores de risco que podem levar à institucionalização desse indivíduo (CAMARGOS, 2014; GASZYNSKA; SZATKO; GODALA, 2014; JIANG; MACENTEE, 2013; OLIVEIRA et al., 2015; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

1 Enfermeira, Especialista e Mestre em Saúde da Família, anne_furtunato@hotmail.com. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Doutora em Ciências da Saude, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, vilani.nunes@gmail.com;

2 Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, anaelzaufrn@gmail.com;

3 Nutricionista, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPGSCOL/UFRN). mayaraaraujonutri@gmail.com

4 Doutora em Ciências da Saúde, Professora Associada da FACISA, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN; thaizax@ufrnet.br.;

5 Orientadora. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Doutora em Ciências da Saude, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, vilani.nunes@gmail.com;

ISBN 978-65-86901-26-9

Desse modo, as mudanças socioeconômicas vêm repercutindo sobre as organizações familiares, de modo que os idosos acabam vivendo seus últimos anos sozinhos ou com parentes ou em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). É importante frisar que há relações entre os fatores sociais (abandono, rejeição familiar, inexistência de familiares, baixa renda, falta de recursos humanos para a assistência, entre outros) e a inserção dos idosos nas diferentes modalidades institucionais (CAMARGOS, 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

As ILPI são definidas como domicílios coletivos que oferecem cuidados e algum tipo de serviço de saúde como serviço odontológico. Especialmente quando o foco são instituições para assistência ao idoso de baixa renda, a ILPI é considerada como um problema na sociedade brasileira que demanda maior acompanhamento e integração por parte dos dispositivos sociais e de saúde existentes em seu território (FERREIRA; BANSI; PASCHOAL, 2014).

Considerando a atenção primária da saúde como a porta de entrada para o sistema de saúde, faz-se necessária a incorporação de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa institucionalizada, com envolvimento dos profissionais da atenção primária e da estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, como também os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial.

O aumento da expectativa de vida da população gera uma demanda crescente aos serviços de saúde e, não obstante, informações sobre os residentes em ILPI também são necessários para o planejamento dos serviços de saúde, de forma a atender as necessidades atuais e manter preservados os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (FERREIRA; ANTUNES; DE ANDRADE, 2013; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013). Além disso, é importante a realização sistemática de uma avaliação multidimensional abrangente junto aos idosos, abordando aspectos relacionados à história clínica, exame físico, estado funcional e mental, além dos fatores socioeconômicos e do suporte familiar.

Há uma tendência de aumento na proporção de usuários idosos nos serviços de saúde, decorrente do maior acesso às informações nesse grupo etário e expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (GASZYNSKA; SZATKO; GODALA, 2014; JIANG; MACENTEE, 2013). Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades

e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade. O adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais (GOMES et al., 2014; RIGON et al., 2016).

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (PNI), o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) são dispositivos que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado à proteção dos mesmos (BRASIL, 1994, 2003, 2006). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), descreve que a realização do cuidado em saúde da população idosa de área adscrita à ESF, se dá tanto no âmbito da unidade de saúde quanto no domicílio e nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2017).

Portanto, a ESF deve desenvolver ações nas ILPI quando estas forem existentes em seu território. Porém, especialmente nos serviços de saúde de atenção primária, não há o reconhecimento da ILPI como pertencente à área geográfica de abrangência sob sua responsabilidade ou, quando ações são desenvolvidas pela ESF, são insuficientes para as necessidades dos idosos institucionalizados (FERREIRA; ANTUNES; DE ANDRADE, 2013; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013; YAO; MACENTEE, 2014).

As ILPI apresentam aspectos singulares e determinam, mediante normas institucionais vigentes e práticas decorrentes de costumes historicamente institucionalizados, condutas e comportamentos próprios. A rotina é praticamente igual para todos e, diferenças individuais, bem como a história da vida de cada um, são ignoradas. Nessa perspectiva, o idoso vai perdendo sua identidade e sua autonomia, transformando-se num sujeito passivo, convivendo em um ambiente estranho (OLIVEIRA et al., 2015; OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

Nessa perspectiva, objetivou-se identificar as condições de saúde dos idosos institucionalizados e o conhecimento dos profissionais da ESF e do NASF quanto às informações sobre ILPI em um município do Nordeste do Brasil.

## Metodologia

Estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa dos dados. Foi desenvolvido em um município do Nordeste do Brasil que dispõe de cobertura pela ESF, organizada em 12 unidades, sendo três localizadas na zona

rural e nove na zona urbana, apoiadas por duas equipes do NASF. Ademais, no município, há apenas uma ILPI de caráter filantrópico, localizado na área de abrangência de uma das unidades da ESF.

A população do estudo foi composta por todos os idosos residentes na ILPI (n=12), e pelos profissionais que atuavam na ESF (n=10) e profissionais do NASF (n=6) da área adscrita da unidade de saúde. Dos 10 profissionais da ESF, 2 eram técnicos de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde, 2 enfermeiros e 1 cirurgião-dentista.

Foram incluídos no estudo os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na ILPI. Quanto aos profissionais, foram incluídos aqueles que estavam trabalhando na ESF da área adscrita à instituição a mais de seis meses. Esse critério foi adotado, para poder assegurar que a avaliação do conhecimento das condições de saúde dos idosos não fosse prejudicada.

Foi utilizado como instrumento do estudo para o grupo de idosos um questionário contendo caracterização sociodemográfica, condições de saúde, avaliação de quedas e mobilidade, avaliação social/institucional e situação familiar; escala para avaliação funcional (Índice de Katz); questionário de avaliação cognitiva (Mini Exame do Estado Mental – MEEM). Para os profissionais da ESF foram utilizadas questões de múltipla escolha contendo informações referentes ao perfil do profissional, tempo de serviço na unidade, serviços de atenção ao idoso, conhecimento acerca da legislação destinada à pessoa idosa e ações desenvolvidas em ILPI.

A coleta de dados se deu em duas etapas: a partir da aplicação de instrumentos para avaliar as condições de saúde dos idosos residentes nas ILPI na própria instituição. A 2ª etapa foi realizada com os profissionais na unidade de saúde em que atuam no território adscrito a instituição. Foi aplicado questionário de múltipla escolha com informações relacionadas às ações desenvolvidas pela equipe na ILPI.

Os dados coletados foram agrupados por categorias de sujeitos (idosos e profissionais) e analisados separadamente. O armazenamento e análise dos dados foram feitos no programa Microsoft Excel, sendo confrontados e corrigidos, os dados que apresentaram erros e inconsistências.

Os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e convidados a participar, com consentimento assinado. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes sob parecer nº 1.144.525.

## Resultados e discussão

### Perfil dos idosos residentes na ILPI

Os dados foram coletados com todos os idosos residentes na ILPI (n = 12) selecionada para o estudo. Destes, sete conseguiram responder o instrumento de coleta de dados sozinhos; três responderam com o auxílio de um cuidador e dois idosos não conseguiram responder, sendo colhidas a partir de informações fornecidas pelos cuidadores.

Dentre os idosos avaliados, 33,3% eram mulheres e 66,6% eram homens, com a média de idade de 79,83 anos (DP±13,63). Quanto ao estado civil, 50% eram solteiros e 41,6% viúvos. A agricultura foi a atividade econômica predominante durante a maior parte da vida entre os idosos participantes, sendo que atualmente todos eram aposentados. Quanto à escolaridade a maioria dos idosos é de baixa escolaridade, sendo 41,6% analfabetos, 41,6% com ensino fundamental e 8,3% com ensino médio. Apenas um idoso não recebia aposentadoria e 50% dos idosos relatou não possuir filhos.

A distribuição de idosos quanto ao sexo neste estudo contradiz os dados expostos em estudos sobre a temática. O predomínio feminino observado em muitas pesquisas é em geral explicado pelo fato de as mulheres serem em maior número e viverem mais que os homens, logo têm maior possibilidade de vivenciar doenças e incapacidades (ALENCAR et al., 2012).

Em relação a capacidade cognitiva, 33,3% dos idosos não conseguiram responder, desses, 75% por déficit cognitivo severo e 25% por ser deficiente visual. Entre os idosos que foi possível aplicar esse teste, 50% foram considerados analfabetos, 8,3% com 4 a 7 anos de escolaridade e 16,6% com baixa escolaridade. Portanto os resultados mostram um elevado número de idosos com declínio cognitivo. O declínio cognitivo está relacionado à deficiência funcional e maiores riscos de desenvolvimento de demências, além de ser importante preditor do desempenho físico e social. Quando os déficits cognitivos coexistem com as alterações funcionais, o diagnóstico precoce possibilita uma vantagem no desenvolvimento de estratégias para auxiliar nas atividades cotidianas e na manutenção da independência (TRINDADE et al., 2013).

Esse diagnóstico possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz o risco de acidentes, prolonga a autonomia e, em alguns casos, retarda o início do processo demencial. Ademais, a institucionalização muitas vezes impõe um caráter de dependência aos idosos por

ISBN 978-65-86901-26-9

meio da rotina imutável e assim, há perda de autonomia e identidade contribuindo para esse declínio.

Com relação à percepção de saúde, os resultados vão de encontro à avaliação cognitiva, uma vez que 50% dos idosos avaliou sua saúde como boa, 25% consideraram regular e 25% consideraram ruim. Atualmente, a percepção de saúde ou a auto avaliação da saúde, é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas. Seu uso é justificado porque a pior percepção de saúde é um preditor robusto e consistente de mortalidade (ALENCAR et al., 2012).

Os dados do estudo mostram que a maioria dos idosos (72,7%) referiu ter dificuldade para dormir. Dentre os principais fatores que contribuem para o sono fragmentado e para os distúrbios do sono encontram-se os despertares noturnos frequentes, que podem produzir sonolência diurna excessiva. Isso pode ser gerado por fatores extrínsecos, como a entrada de funcionários no quarto e a agitação dos residentes com quem o quarto é compartilhado. Observam-se também fatores intrínsecos como as condições clínicas e psiquiátricas, prevalentes nas ILPI (MANSANO-SCHLOSSER et al., 2014).

A maior parte dos idosos (66,6%) referiu ter sofrido quedas no último ano, com etiologias variadas: acidental, tropeço ou vertigem. Geralmente, a realidade do idoso institucionalizado é marcada pelo sedentarismo, incapacidade funcional e ausência familiar, que influenciam o processo de adoecimento (CAMARGOS, 2014; OLIVEIRA et al., 2015). A queda pode ser considerada um problema de saúde pública devido ao elevado índice do evento e por estar associada a fatores múltiplos, decorrentes da condição de saúde, falta de qualificação dos profissionais de saúde e de infraestrutura inadequada (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Uma pesquisa realizada na cidade de João Pessoa/PB com 15 idosos institucionalizados teve como temática a ocorrência de quedas e seus resultados corroboram com os resultados aqui apresentados. Foi possível constatar que o maior número de idosos caiu três vezes ou mais com relatos de consequências como ferimentos graves e fraturas. Dentre as causas, destacaram-se a fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha, seguida por causas associadas ao meio ambiente e fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha concomitantes, redução da visão e síncope/tontura/vertigem (ALVES et al., 2016).

Quanto ao uso de medicamentos, os grupos de fármacos mais usados foram os psicotrópicos (81,82%), hipoglicemiantes (72,3%) e anti-hipertensivos (63,64%). O uso de psicotrópicos por idosos pode provocar reações

adversas com desfechos clínicos críticos como quedas, fraturas de quadril, prejuízo na memória, confusão e isolamento social (ABI-ACKEL et al., 2017). Sendo assim, é necessária a revisão dos medicamentos usados pelos idosos da ILPI.

Com relação ao grau de capacidade funcional, 33,3% com classificação A (independente para todas as atividades); 16,6% independentes para todas as atividades avaliadas, exceto uma (categoria B), 25% foram enquadrados na categoria C, 16,6% idosos são totalmente dependentes (categoria G) e 8,3% foi classificado na categoria outro.

Entre os idosos que apresentaram dependência foi perceptível uma dependência maior para o banho. Uma das formas de propiciar maior autonomia e estimular maior independência em idosos institucionalizados é capacitando os funcionários que trabalham com esta população. Para isso é necessário entender que a dependência é um processo dinâmico, resultante de um conjunto de fatores e passível de modificações. O fato de se tornar dependente faz com que o idoso se sinta desvalorizado, o que pode resultar no desenvolvimento de problemas psicológicos e baixa qualidade de vida (CAMARGOS, 2014; OLIVEIRA et al., 2015; TRINDADE et al., 2013).

## Perfil e conhecimento dos profissionais da ESF e do NASF quanto às informações sobre ILPI.

Todos os profissionais da ESF (n = 10) e NASF (n = 6) responderam ao instrumento de coleta de dados. Houve predomínio do sexo feminino (93,3%), sendo bem diversificadas as funções e formações dentro da equipe (Profissional do NASF, Técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, Enfermeiro e Dentista). Todos os profissionais referiram não ter formação complementar na temática do envelhecimento humano, o que revela a necessidade de capacitações que abordem o tema. Assim, tais profissionais não se consideram preparados para lidar com as especificidades do envelhecimento humano e para o trabalho com ênfase na prevenção. Esta realidade pode comprometer a qualidade do atendimento aos idosos e sua qualidade de vida.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), voltada para a problematização baseando-se na realidade do processo de trabalho e no contexto local é fundamental para o desenvolvimento das equipes e melhor integração dos serviços em redes (GOMES et al., 2014; PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

ISBN 978-65-86901-26-9

Com relação ao conhecimento dos profissionais quanto às informações sobre ILPI, esses reconheceram os idosos institucionalizados como integrantes da área de abrangência (86,6%) e que é de responsabilidade da ESF a assistência a tal população (100%), porém não consideravam necessário que essa assistência seja diferenciada (68,7%). Além do que, a frequência das atividades realizadas por esses profissionais é aquém do necessário, já que a maioria destes referem que a frequência é mensal (73,3%) e que os serviços de atenção ao idoso não trabalham de forma integrada (75%).

Os serviços de atenção disponibilizados à pessoa idosano município que foram elencados pelos profissionais foram: igreja, a própria ILPI, o Centro de Referência de Assistência Social (CRASS) e a ESF. É perceptível como o número de serviços que esses idosos contam é escasso, além de que, serviços como a ESF tem periodicidade das ações muito longa, caracterizando sua assistência em ações pontuais, sem resultados efetivos. Assim preciso que os profissionais estudem e analisem a possibilidade de maior presença na ILPI, com uma maior integração entre suas ações como também com outros serviços.

Quando questionados ao que seria necessário para que a assistência ao idoso institucionalizado seja mais efetiva e equânime, todos os profissionais reconheceram a necessidade de capacitação acerca dessa problemática (100%), as ações devem ser desenvolvidas com melhor organização (81,25%), bem como melhor integração dos serviços disponíveis ao idoso institucionalizado no município (75%). Apesar de reconhecerem os problemas, a frágil apropriação de conhecimentos de geriatria e sobre as peculiaridades do idoso institucionalizado não expressavam formas de solução ou minimização desses problemas dentro das especificidades do entendimento acerca do envelhecimento.

Tanto a infraestrutura e quanto os recursos humanos são limitados nas ILPI problema este que é frequentemente pontuado na agenda político-científica na área da geriatria e da gerontologia. A redução do número de profissionais provoca uma sobrecarga de atividades e compromete diretamente a assistência ao idoso e à própria saúde do trabalhador (RODRIGUES et al., 2018).

## Considerações finais

O envelhecimento populacional e os idosos ainda não recebem a devida atenção do sistema de saúde, reiterando a desvalorização social da velhice. É um grande desafio para as políticas públicas destacar a importância social do

ISBN 978-65-86901-26-9

envelhecimento, o que provavelmente facilitaria a inclusão de conteúdos de interesse na formação dos profissionais de saúde. Tal situação se agrava nas instituições de longa permanência para idosos, espaços em que seus residentes não são reconhecidos como integrantes da comunidade.

A ESF deve ser responsável pelo cuidado a todos os idosos residentes na sua área de abrangência, inclusive os institucionalizados. Os profissionais reconhecem a importância do desenvolvimento de ações com os idosos institucionalizados, mas alegam que não tem capacitação necessária e que as ações realizadas são escassas e insuficientes para suprir as necessidades da demanda, além da desarticulação dos equipamentos sociais disponíveis no município em que o estudo foi realizado.

Este estudo evidencia que a formação dos profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a atenção à saúde da pessoa idosa. Apesar de identificarem componentes do problema, os profissionais não dimensionaram corretamente suas consequências dentro das especificidades acerca do envelhecimento. Portanto, se faz necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, abrangendo a prevenção, a reabilitação e a melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABI-ACKEL, M. M. et al. Psychotropic drug use among older adults: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 1, p. 57–69, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700010005

ALENCAR, M. A. et al . Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 4, p. 785-796, dez. 2012. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000400017

ALVES, A. H. C. et al. Occurrence of falls among elderly institutionalized: prevalence, causes and consequences. **Journal of Research Fundamental Care Online**, v. 8, n. 2, p. 4376–4386, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v8.4438

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**, Brasília, DF, 4 jan. 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 21 junho. 2020.

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**, Brasília, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010. 44 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf>. Acesso em: 21 junho. 2020.

BRASIL. Ministério de Saúde. Portaria nº 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1999. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 21 junho. 2020.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 1, p. 211–217, jun. 2014.

FERREIRA, C. O.; ANTUNES, J. L. F.; DE ANDRADE, F. B. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. Supl 3, p. 90–97, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004721

FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. 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, Dec. 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053.

GASZYNSKA, E.; SZATKO, F.; GODALA, M.; GASZYNSKI, T. Oral health status, dental treatment needs, and barriers to dental care of elderly care home residents in Lodz, Poland. **Clinical Interventions in Aging**, v. 2014, n. 9, p. 1637–1644, 2014. DOI: https://doi.org/10.2147/CIA.S69790

GOMES, I. E. M. et al. Desafios na gestão do trabalho em saúde: a educação na interface com atenção. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1100–1111, 2014. DOI: https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.638

JIANG, C. Y. W.; MACENTEE, M. I. Opinions of administrators and health authority inspectors on implementing and monitoring the oral health

regulation in long-term care facilities in British Columbia. **Canadian Journal of Dental Hygiene**, v. 47, n. 4, p. 182-188, 2013.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C. et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 610–616, 2014. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670417

OLIVEIRA, D. A. et al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos institucionalizados e idosos em cuidado domiciliar. **Revista Faculdade Montes Belos**, v. 8, n. 3, p. 142–179, 2015.

OLIVEIRA, J. M.; ROZENDO, C. A. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v. 67, n. 5, p. 773-779, out. 2014 . DOI:: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F.. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 213–220, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027

RIGON, E. et al. Experiências dos idosos e profissionais da saúde relacionadas ao cuidado pela estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, e17030, out. 2016. DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17030.

TRINDADE, A. P. N. T. et al . Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba , v. 26, n. 2, p. 281-289, jun. 2013. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502013000200005.

YAO, C. S.; MACENTEE, M. I. Inequity in oral health care for elderly Canadians: part 2. Causes and ethical considerations. **Journal of the Canadian Dental Association**, v. 80, 2014.

# ESPORTE COLETIVO ADAPTADO: ATIVIDADE FÍSICA E SOCIALIZAÇÃO AOS IDOSOS

Jéssica Finger[1]
Smaichel de Avila Teixeira[2]

**Resumo:** O presente artigo tem como propósito uma contribuição para acadêmicos e profissionais de educação física que buscam desenvolver os esportes adaptados em suas ações de desenvolvimento físico ao público adulto maduro e idosos, que por sua vez baseado em dados demográficos possui um aumento em sua expectativa de vida. Conforme consultas em artigos, o esporte como prática de atividade física traz inúmeros benefícios aos seus praticantes, oportunizando um envelhecimento ativo diante aos aspectos físicos e sociais, tal como sua representatividade integrando-os com seus semelhantes. Por fim, destacamos três modalidades e suas respectivas regras adaptadas de esportes coletivos em quadra de acordo com a FGJAI (Federação Gaúcha de Jogos Adaptados para o Idoso) com foco na utilização deste público em especial, sendo elas: Basquete Relógio, Câmbio (Voleibol Adaptado) e Handebol por Zona.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Pessoa Idosa, Atividade Física, Esporte Coletivo Adaptado, Socialização.

1 Educadora Física, especialista em docência superior e dança UFRGS RS jfinger49@gmail.com

2 Graduando em Educação Física Bacharelado UNIGRAN Polo SVP-RS smaichel@gmail.com

## Introdução

A prática de esportes coletivos pode ser considerada um meio para a socialização e atividade física em todas faixas etárias. Neste artigo direcionaremos as modalidades adaptadas as pessoas idosas.

Muitas definições de esporte incluem a noção que ele é uma atividade física. Em outras palavras, ele envolve o uso de atividades motoras, proeza física ou esforço físico. Isto já delimita o conceito, mas diferentes atividades físicas claramente variam em sua caracterização. (BARBANTI, p. 54, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões de pessoas até 2050; isso representará um quinto da população mundial. Segundo dados do Ministério da Saúde, coletados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil, em 2018, tinha a quinta maior população idosa do mundo; e, em 2030, o número de idosos ultrapassará o total de crianças entre zero e 14 anos. Outro fator importante para esse evento são as descobertas na ciência com a elaboração de novas tecnologias que possibilitam o prolongamento da vida. Associa-se a isso o conjunto de estudos da prática de atividades físicas e esportivas como agentes de prevenção. (MELO, 2017).

O esporte por sua vez, pode ser considerado através do jogo um meio para a prática de atividade física ao idoso, tanto nas suas variantes individuais como coletivas, neste artigo destacaremos o Esporte x Atividade Física e Envelhecimento; Aspectos sociais e Modalidades Esportivas Coletivas em Quadra [Basquete Relógio, Câmbio (voleibol adaptado) e Handebol por Zona].

Com isso buscamos contribuir aos acadêmicos e demais profissionais que atuam com modalidades esportivas nas esferas conceituais e didáticas focando nas três modalidades citadas acima.

## Metodologia

Utilizou-se uma pesquisa bibliográfica sobre o tema Esporte e Idoso, com estudo através de artigos científicos que foram acessados em plataforma de banco de dados, a exemplo do Google Acadêmico, SciELO (Biblioteca Eletrônica Científica Online), Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, Revista Movimento UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), site do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), site da OMS

ISBN 978-65-86901-26-9

(Organização Mundial da Saúde), IGG PUC RS (Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Estado do Rio Grande do Sul), Dicionário Aurélio, Portal da Legislação e site da FGJAI (Federação Gaúcha de Jogos Adaptados ao Idoso) consultados no período de agosto a outubro de 2020.

Fez-se necessário a utilização de palavras chaves: Envelhecimento; Saúde; Esporte; Jogos Adaptados; Idoso; Atividade Física; Socialização e Estatuto do Idoso, a partir dos resultados encontrados nas bases de dados localizamos 629 artigos, beneficiou-se ainda os filtros com bases nacionais no idioma brasileiro, assunto principal esporte e idoso, sendo selecionado apenas os estudos de relevância a este artigo com análise através de leituras e interpretação dos achados.

## Resultados e discussão

A seguir serão apresentados os resultados alcançados conforme bibliografia e consulta nas plataformas mencionadas na metodologia, destacando o esporte como um meio de atividade física ao idoso, as contribuições sociais da prática coletiva e os esportes que são aplicados e regulamentados pela FGJAI (Federação Gaúcha de Jogos Adaptados para o Idoso) conforme especificações da idade, compondo duas categorias: acima de 50 anos e acima de 60 anos.

### Esporte x atividade física e envelhecimento

Segundo Barbanti, para uma atividade física ser classificada como esporte, ela deve ser estruturada e organizada conforme especificações de cada modalidade esportiva.

Os programas desenvolvidos no Brasil tomaram o viés do "lazer/recreação que junto com o caráter higiênico, continua até hoje se apresentando com mais frequência na literatura que trata das atividades físicas dos idosos" (Drummond 2004 p.201 apud Nina e Assunpção 2008).

> O esporte master apresenta-se como uma alternativa diferenciada de observação do processo de envelhecimento, na medida em que o universo esportivo alicerça-se em valores relacionados à competição, à superação de limites, a comparação de rendimentos, a um agonismo que renuncia à acomodação, comportamento estreitamente ligado a quem envelhece (Nina e Assunpção 2008).

Ao iniciar a prática é importante que esta seja executada de forma lenta e gradual, respeitando os limites físicos de cada indivíduo, lembrando também, que o excesso de exercício ou a prática inadequada, em qualquer faixa etária, pode causar lesões, que podem levar o abandono da atividade (CANCELA, 2007).

Recomenda-se para indivíduos com idade a partir dos 60 anos exercitar em média, 150 minutos por semana de atividades físicas, de intensidade leve a moderada com foco na redução do índice de sedentarismo.

Abaixo está listado, 10 benefícios da prática para esta faixa etária, baseado em estudos do Instituto de Geriatria e gerontologia PUC RS:

- Melhora do condicionamento físico e disposição; Melhora da qualidade do sono;
- Diminuição da ansiedade e do estresse; Ampliação do contato social;
- Controle do peso;
- Melhora na mobilidade e no equilíbrio;
- Melhora no controle da pressão arterial; Preservação dos ossos e articulações; Melhora dos quadros de dor em geral;
- Promoção da independência e autonomia.

(IGG PUC RS,2019)

Diversas são as percepções do envelhecer e a prática da atividade física...

> O envelhecimento saudável é uma concepção necessária para a promoção da saúde e a prevenção de agravos, de doenças crônicas não transmissíveis e de incapacidade funcional. No que se refere à busca de um viver e envelhecer pautado na satisfação e no bem-estar, exibe-se a prática de atividade física que, ainda, tem sido identificada como insuficiente para a população idosa brasileira, pois, quanto maior a faixa etária, maior o número de inativos fisicamente. Inatividade essa com repercussões significativas, reconhecidas como um problema de saúde pública (LIMA et al 2018).

## Aspectos sociais

Considerando o esporte como meio de socialização, principalmente quando realizado em seus aspectos coletivos, podemos observar que além de seus atributos físicos, também contribui para relações psicossociais.

ISBN 978-65-86901-26-9

Define-se "socialização" como o desenvolvimento da consciência social, do espírito de solidariedade e cooperação nos indivíduos de uma comunidade (AURELIO, 2020).

A prática de atividades físicas concede uma melhoria nas relações interpessoais, um aumento de sua auto eficácia, possibilitando ao indivíduo um desenvolvimento de sua autonomia e independência.

"Além disso, o aumento do nível de atividade física está relacionado a melhorias nos sintomas depressivos, ansiedade, melhor tolerância ao estresse e no aumento da autoestima, reduzindo o isolamento e favorecendo a socialização de novos grupos." (Rocha et al 2013, p.194).

Em meio a tantos proveitos da prática do esporte destacamos a legislação que assegura os direitos da pessoa idosa em especial nas relações físicas, sociais e culturais.

De acordo com o Art. 20. (Lei Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003) "O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade"(BRASIL,2003).

Em vista há possibilidade desta lei que assegura a prática do esporte como meio de atividade física, encontramos cada vez mais entidades públicas e privadas que oportunizam experiências em atividades de esportes coletivos.

## Esportes coletivos em quadra

Em meio às atividades físicas existentes, os esportes coletivos por sua vez podem ser desenvolvidos como um meio de integração entre os praticantes de todas as faixas etárias, destacaremos aqui as modalidades adaptadas para adultos maduros a partir dos 50 anos. Conforme a Federação Gaúcha de Jogos Adaptados para Idosos (FGJAI, 2013) existem duas categorias registradas: a partir dos 50 anos e 60 anos ou mais, incluindo o idoso na prática esportiva.

Podemos definir que os esportes coletivos para os idosos também seguem uma normativa pré-estabelecida, como o confronto entre duas equipes, que diante as necessidades da modalidade, cooperam entre si para a busca dos objetivos finais, que serão a marcação de pontos e a superação de suas capacidades físicas.

A seguir apresentaremos três modalidades oficiais de esportes adaptados para idosos e suas respectivas regras, segundo à FGJAI: Basquete Relógio, Câmbio (voleibol adaptado) e Handebol por Zona.

ISBN 978-65-86901-26-9

***Basquete Relógio***

**1. Definição**

O Basquete Relógio é jogado por duas (2) equipes de nove (9) jogadores cada. O objetivo de cada equipe é o de marcar a maior pontuação na sua cesta no tempo de 10 minutos. A vencedora do jogo é a equipe que fizer o maior número de pontos ao final do tempo de jogo. A bola deverá ser passada, arremessada e quicada, respeitando as restrições dispostas nas regras abaixo.

**2. Quadra**

A quadra é a de basquetebol com tabelas em cada cabeceira.

**3. Bola**

A bola deve ser esférica, feita de uma superfície externa de couro, borracha ou material sintético.

**4. Equipamento**

Tabelas (2) e suporte de tabelas; Cestas (aros e redes).

**5. Equipamento técnico**

Relógio de jogo (cronômetro); Placar;
Súmula de jogo

**6. Oficiais e seus assistentes**

Os Oficiais deverão ser um árbitro para cada equipe durante a partida. Aos árbitros cabe:

a) O árbitro inspecionará e aprovará todo equipamento a ser usado durante o jogo;
b) Ele deverá ter a autoridade de parar o jogo quando as condições o justifiquem. Ele também deverá ter o poder de determinar que uma equipe perca o jogo por desistência, caso se recuse a jogar após ter sido instruída a fazê-lo ou se uma equipe, por suas ações, impedir que a partida seja disputada;
c) Ele sempre tomará a decisão final.

ISBN 978-65-86901-26-9

**7. Equipes**

Cada equipe consiste em 12 membros, sendo 09 jogadores titulares e 03 reservas, dispostos de lado à tabela formando duas fileiras de testa. Também contará com um técnico e um capitão.

Quando as equipes forem mistas, terão, no máximo, 03 jogadores do sexo masculino e 06 do sexo feminino.

**8. Jogadores e substitutos**

Nove (9) jogadores de cada equipe deverão estar na quadra, durante o tempo de jogo e poderão ser substituídos somente na posição 09. Os jogadores da fileira da direita, de frente para a tabela, ocuparão as posições de números ímpares, sendo que o primeiro jogador da fila estará ocupando a posição 01 e o último a 09. Os jogadores da fileira da direita, de frente á tabela, ocuparão as posições de números pares, de 02 a 08, sendo a posição 02 a do primeiro jogador da fila e a de número 8, a do último.

**9. Capitão**

Quando necessário, o capitão deverá ser o representante de sua equipe em quadra. Ele poderá se dirigir a um oficial para obter informações essenciais. Isto será feito de maneira cortês e somente quando a bola estiver morta.

**10. Tempo de jogo**

A partida consiste de um tempo de 10 minutos. Se a contagem estiver empatada ao final deste tempo, será acrescido mais 01 (um) minuto para o desempate.

**10.1 Começo de jogo**

O jogo começa, com as equipes em quadra com nove (09) jogadores, e, oficialmente pelo apito do árbitro e pelo jogador da posição 09 que passará a bola para o jogador da posição 08 e assim sucessivamente, sendo a bola passada alternadamente (ou ziguezague) entre as duas fileiras até chegar ao jogador da posição 01.

O deslocamento tem início com a passagem de bola do jogador da posição 09 para o jogador da posição 08, que mudará de posição seguindo o movimento da bola. O mesmo acontece com os jogadores de todas as outras posições, que se deslocarão após passarem a bola.

ISBN 978-65-86901-26-9

**11. Posição dos jogadores**

Os jogadores se posicionam de lado (distância de um metro entre os jogadores) para a tabela sobre os números colocados no solo (1 a 9), formando uma fileira de testa, com uma distância de 03 metros entre os participantes. O jogador da posição 01 deverá estar a 5 metros de distância da tabela. Para o arremesso, estará a 2 metros da tabela. (Diagrama 3)

**12. Como a bola é jogo**

No basquete, a bola é jogada com as mãos. A bola deverá ser passada para o colega em ordem decrescente, com o seu deslocamento, formando um zigue-zague até o jogador da posição 01. O jogador da posição 01, ao receber a bola, se deslocará quicando a bola (uma vez no mínimo), em direção à cesta e executará o arremesso. Após o arremesso deve pegar a bola e conduzi-la quicando até o final da sua fileira, passando pela esquerda ou por fora das fileiras, até chegar à posição 09, dando continuidade ao jogo, com a passagem da bola para o jogador da posição 08.

Será considerada penalidade**, c**aso o jogador não quique a bola, devendo retornar à posição de arremesso e recomeçar seu deslocamento executando o drible. Se não quicar após arremesso deverá voltar à posição de arremesso.

Considera-se arremesso, segurar a bola com uma ou ambas as mãos e então projetá-la pelo ar, na direção da cesta.

**13. Pontuação**

A pontuação se dará da seguinte forma:

- Cesta convertida: 03 pontos
- Bola acerta no aro: 02 pontos
- Bola acerta na tabela: 01 ponto
- Não marcará ponto a equipe que não acertar a bola na tabela ou aro.

**Obs.:** No caso de a bola não converter a cesta vale o último toque. Se terminar o tempo e a bola estiver sendo passada, deverá esperar a bola chegar até ser realizado o arremesso.

**14. Substituições**

A equipe poderá fazer até 03 (três) substituições, colocando o substituto na posição 09. Não poderá substituir para o arremesso.

ISBN 978-65-86901-26-9

**Câmbio**

**1. Número de jogadores**

A equipe é constituída de 09 à no máximo 15 jogadores, sendo 09 titulares e o restante reserva, mais um representante técnico;

No caso de equipes mistas, terá no máximo 03 atletas do sexo masculino em quadra; Somente os jogadores registrados em súmula poderão participar do jogo.

**2. Quadra de jogo**

Quadra de voleibol com 9mX18m, rede em sua parte superior, ajustada no máximo a 2,43m tanto para partidas no naipe masculino, feminino e equipes mistas. Compõem ainda na rede, duas antenas laterais, delimitando o espaço de jogo em 9m.

**3. Bola**

Bola de voleibol oficial.

**4. Tempo de jogo**

Um tempo de 15 minutos ou 15 pontos (conquistados por uma das equipes), o que ocorrer primeiro.

**5. Local para eventos**

O número de equipes inscritas deverá ser proporcional à quantidade de quadras existentes nos locais reservados para jogos.

**6. Estrutura do jogo**

**6.1. Sorteio** - Antes do início da partida, o primeiro árbitro realiza o sorteio para decidir qual equipe executará o primeiro saque, assim como o lado da quadra em que cada uma atuará durante o jogo.

O sorteio será realizado com a presença dos capitães das duas equipes e o vencedor do sorteio escolherá entre:

- O direito de executar ou receber o primeiro saque;
- O direito de escolher o lado da quadra que sua equipe iniciará a partida.

ISBN 978-65-86901-26-9

**6.2. Formação inicial das Equipes** - Cada equipe ocupará meia quadra, e sempre apresentará nove jogadores, sendo no máximo 03 do sexo masculino para equipes mistas.

A formação inicial da equipe indica a ordem de rotação dos jogadores em quadra. Esta ordem será mantida durante todo o jogo.

**6.3. Posições** - Ao momento em que a bola é arremessada pelo sacador, cada jogador, deverá estar posicionado dentro de sua quadra, conforme a ordem de rotação.

As posições dos jogadores em quadra são numeradas da seguinte forma:

Posição 1 – lado direito ao fundo da quadra; Posição 2 – no meio ao fundo da quadra; Posição 3 - lado esquerdo ao fundo da quadra; Posição 4 – lado esquerdo da quadra atrás da linha de 3 metros; Posição 5 – lado esquerdo da quadra, próximo a rede; Posição 6 – centro de rede; Posição 7 - lado direito da quadra, próximo a rede; Posição 8 – centro de quadra; Posição 9 – lado direito da quadra, atrás da linha dos 3 metros.

Os jogadores reservas ficam no banco de reservas.

O rodízio se dará toda a vez em que o jogador da posição 08 arremessar a bola para ameia quadra oposta. No rodízio todos os jogadores da equipe trocam de lugar observando a ordem numérica sequencial.

**6.4. Faltas de Posição** – Uma equipe comete uma falta de posição se um jogador não ocupa sua posição correta no momento em que a bola é arremessada pelo sacador. Também se caracteriza como falta de posição, a situação em que um jogador adentra a quadra através de uma substituição ilegal.

Uma falta de posição acarreta as seguintes consequências:

- A equipe faltosa é sancionada com a perda do ponto e a equipe adversária terá o direito ao próximo saque.
- O posicionamento dos jogadores da equipe faltosa deverá ser retificado.

**6.5. Equipe ausente e Equipe incompleta** – A equipe que se recusar a jogar após ser convidada para tal, será declarada ausente, desistindo da partida, que terá como resultado a derrota de 15x0 no jogo. A equipe que, injustificadamente, não se apresentar no local, data e hora marcados para a partida, será declarada ausente. A partida terá como resultado a derrota de 15x0. A equipe declarada incompleta para a partida ou durante, perderá o jogo. A equipe

ISBN 978-65-86901-26-9

adversária receberá os pontos necessários para vencer a partida. A equipe declarada incompleta manterá seus pontos adquiridos até aquele momento da declaração.

**6.6.** O tempo de espera para ser declarada equipe ausente será de até 5 (cinco) minutos. A outra equipe presente deve estar dentro da quadra e após o término do tempo de espera deverá sacar uma única vez. Assim, será declarada vencedora pelo placar de 15x0.

**6.7.** O tempo de espera em caso lesão ou impossibilidade de participação de jogador em equipes sem reservas, deixando a equipe com número insuficiente de jogadores, será de um minuto. Após, a equipe será declarada incompleta. Sendo considerada perdedora.

**7. Marcando um ponto**

Uma equipe marca um ponto caso: Obtenha êxito em fazer a bola tocar a quadra adversária;

- A bola sai da quadra após bater ou desviar em um adversário;
- A equipe adversária joga a bola para fora da quadra.
- A equipe adversária cometa uma falta.
- A equipe adversária seja penalizada.

**7.1.** Uma equipe comete uma falta ao transgredir quaisquer regras do jogo, ou violando-as de outra maneira. Os árbitros julgam as faltas e determinam as penalidades de acordo com as regras.

Se duas ou mais faltas são cometidas sucessivamente, somente a primeira é marcada. Se duas ou mais faltas são cometidas, por jogadores da equipe adversária, uma falta dupla é cometida, repete-se o rally.

Rally é a sequência de ações de jogo ocorridas desde o momento em que o saque é executado pelo jogador sacador, até o momento em que a bola é considerada fora de jogo. O rally completo é a sequência de ações de jogo as quais, ao final, resultam em um ponto. Se a equipe sacadora vence o rally, esta marca um ponto e continua a sacar. Se a equipe receptora vence o rally, esta marca 01ponto e deverá executar o próximo saque.

**7.2**. Vencerá o jogo, a equipe que primeiro alcançar a marca de 15 pontos ou chegar com pontuação maior ao final de 15 minutos. Em caso de empate o jogo continua até quer uma das equipes marque o primeiro ponto.

ISBN 978-65-86901-26-9

**8. Situações de jogo**

**8.1**. A bola se torna "em jogo" a partir do momento em que o sacador a arremessa, após a autorização de saque dada pelo árbitro.

**8.2**. Caso o sacador arremesse antes do apito, o lance será considerado inválido. Neste caso, repete-se o saque.

**8.3**. A bola se torna "fora de jogo" no momento em que há a ocorrência ou cometimento de uma falta e, na ausência desta, ao soar do apito.

**8.4.** O saque e ou ataque será executado em um único arremesso. Caso, o jogador arremesse e não ultrapasse a rede será finalizado o rally, não podendo repetir o saque e ou arremesso de ataque.

**8.5.** Considera-se bola "dentro" quando esta toca o solo da quadra de jogo, incluindo as linhas de delimitação da mesma.

**8.6.** Considera-se a bola "fora" quando: A parte da bola que entra em contato com o solo está completamente fora das linhas de delimitação da quadra. A bola toca um objeto fora da quadra de jogo ou uma pessoa que não esteja em jogo. Toca a antena, as cordas de sustentação da rede, os postes ou a parte da rede localizada além das faixas laterais. Cruza o plano vertical da rede por fora do espaço de cruzamento, de forma total ou parcial. Cruza, completamente, o espaço inferior abaixo da rede.

**8.7.** Cada equipe deve atuar dentro dos limites de sua própria área e espaço de jogo. A bola pode, contudo, ser recuperada mesmo além da zona livre.

**8.8**. O técnico pode assumir a função de jogador, se estiver inscrito na súmula como jogador antes do início da partida. Desta forma, a equipe ficará sem técnico.

**8.9.** Considera-se invasão toda e qualquer ação com o corpo que ultrapasse completamente a linha central da quadra ou toque na rede em posse de bola.

**9. Toques da equipe**

Será considerado toque, para a contagem dos três permitidos, apenas bola presa ou dominada, ou seja, não será interpretado como toques possíveis, sequências de batidas na bola entre um, dois ou mais jogadores, que tentam prender ou dominar a bola, sendo permitido amortecer o arremesso com a intenção de domínio da bola em situação de defesa própria e não espalmá-la para seu companheiro de equipe. O jogador na tentativa de defesa poderá

ISBN 978-65-86901-26-9

utilizar apenas uma das mãos, desde que fique caracterizada a bola presa com as duas mãos pelo mesmo jogador.

**9.1.** Características do Toque – A bola pode ser tocada com qualquer parte do corpo acima dos pés. Não será permitido receber dominar, tocar ou passar a bola com os pés.

**10. Saque**

O saque será realizado sempre pelo jogador que estiver na posição número 8 (oito):

O sacador não poderá exceder 08 (oito) segundos para efetuar o saque. O saque pode ser efetuado em qualquer espaço dentro da quadra desde que nenhuma parte do corpo ultrapasse ou toque a linha delimitaria de 03 (três) metros até a linha central e um dos pés permaneça em contato com o solo. Os jogadores após o saque devem efetuar rodízio seguindo a ordem determinada no início do jogo. A bola deve ser lançada ou arremessada sem perder o contato inicial com a mão do sacador. No saque, pode-se utilizar uma ou duas mãos. O saque inicial, após cada ponto, início ou interrupção de jogo, só terá validade após o apito do árbitro. Após o apito, o sacador não pode quicar a bola antes do arremesso.

**11. Tempo técnico**

Cada equipe terá direito a solicitação de um tempo técnico por jogo, com intervalo de 1(um) minuto.

**12. Substituição de jogadores**

A substituição deverá ocorrer durante o jogo através da posição1.

Para que haja a substituição, o jogador da posição 09 (nove) deverá deixar a quadra, após o saque e o substituto entrar na posição 1 (um), mantendo-se sempre o número de 09 titulares em quadra, sendo no máximo 03 do sexo masculino, no caso de equipes mistas.

Não haverá substituição tática solicitada para a arbitragem, ou seja, não haverá interrupção no tempo de jogo.

A substituição fora da regra acima poderá ocorrer por lesão ou impedimento de continuar em quadra um jogador em outra posição que não seja a 09 (nove). Para que ocorra o árbitro deverá solicitar um "time-out" (parada de tempo) e o jogador ser substituído por um res erva inscrito na súmula, mantendo-se sempre a proporção acima.

ISBN 978-65-86901-26-9

**13. Conduta dos jogadores**

**13.1. Conduta Desportiva:**

Os jogadores devem conhecer e cumprir as Regras Oficiais.

Os jogadores e equipe técnica devem aceitar as decisões dos árbitros com espírito esportivo, sem contestá-las.

Os participantes devem evitar ações ou atitudes que possam influenciar as decisões dos árbitros ou ainda encobrir faltas cometidas por sua equipe.

**13.2**. Condutas Irregulares e suas Punições - as faltas por conduta irregular de menor intensidade é passível de advertência:

O árbitro deverá portar cartões "amarelo e azul". O cartão amarelo deverá ser mostrado como advertência por conduta irregular de atletas. O cartão azul em caso de reincidência deverá ser mostrado e a equipe perderá a posse de bola e a outra equipe marcará um ponto.

Condutas grosseiras ou agressão determinará o final do jogo com vitória da equipe adversária, completando a pontuação necessária para atingir 15. A equipe declarada perdedora manterá a sua pontuação.

**14. Equipe de arbitragem**

A equipe de arbitragem para uma partida é composta por: O primeiro árbitro, O segundo árbitro, Dois auxiliares de linha no fundo da quadra.

**14.1. Procedimentos:**

Somente o primeiro e segundo árbitros podem apitar durante a partida. O primeiro árbitro apita para autorizar o saque, que começa o rally. O primeiro e segundo árbitros apitam ao final do rally, desde que estejam certos que uma falta tenha sido cometida e tenham identificado sua natureza. Eles podem apitar quando a bola está fora de jogo para indicar que autorizam ou rejeitam a solicitação de uma equipe; imediatamente após o apito dos árbitros para sinalizar a conclusão do rally, eles devem indicar, através dos sinais manuais oficiais.

**14.1.1.** Se a falta foi apitada pelo primeiro árbitro, ele indicará:

a) A equipe que saca;
b) A natureza da falta;
c) O jogador (a) faltoso (a) se necessário;
d) O segundo árbitro seguirá os sinais manuais do primeiro árbitro, repetindo-os.

**14.1.2.** Se a falta foi apitada pelo segundo árbitro, ele indicará:

a) A natureza da falta

ISBN 978-65-86901-26-9

b) O jogador faltoso;

Neste caso, o primeiro árbitro não mostra nem a natureza da falta nem o jogador faltoso, mas somente a equipe que saca.

O primeiro árbitro dirige a partida até o fim.

Ele (a) tem autoridade sobre toda a equipe de arbitragem e membros das equipes, cabendo a ele a tomada de decisão final.

O primeiro árbitro tem a responsabilidade de decidir, antes e durante o jogo, se a área de jogo, equipamentos e as condições são apropriados ou não para o jogo.

O segundo árbitro mantém a súmula de acordo com as regras cooperando com o primeiro árbitro:

a) Ele usa um apito ou outro aparelho sonoro para comunicar irregularidades ou sinalizarão árbitro o que estiver sob sua responsabilidade.
b) Faz o registro dos pontos marcados.
c) Anuncia aos árbitros o fim do jogo através do último ponto da
d) equipe ou o tempo de15min esgotado.
e) Em caso de protesto, com a prévia autorização do primeiro árbitro, escreve ou permite ao capitão da equipe escrever na súmula sua versão sobre os fatos protestados.

Dois auxiliares de linha atuarão durante todo o jogo e não poderão ter vínculo com as equipes.

a) Devem se posicionar atrás da linha de fundo da quadra. São responsáveis em sinalizar através de bandeiras.
b) Auxilia os árbitros no controle da ordem de saque e informa-os em caso de irregularidade, gesticulando a bandeira.
c) Os auxiliares de linha desempenham as suas funções utilizando bandeiras (40cm x40cm), para sinalizar:

- A bola “dentro” e “fora”, quando ela cai perto da (s) sua (s) linha (s); A bola “fora”, mas tocada por um jogador da equipe receptora;
- A bola que toca a antena, a bola do saque que cruza a rede fora do
- espaço de cruzamento;
- Qualquer contato com a antena do seu lado da quadra por qualquer
- jogador durante sua ação de jogar a bola ou que interferir na jogada;
- Quando do saque, não houver 09 jogadores em quadra; Quando houver erro de rotação e ou rodízio;

ISBN 978-65-86901-26-9

- A bola que cruza a rede fora do espaço de cruzamento em direção à quadra adversária ou tocando a antena do seu lado da quadra;
- Ante a solicitação do 1º árbitro, o juiz de linha deve repetir sua sinalização.

## Handebol por Zona

**1. Número de jogadores**

São 09 jogadores em quadra podendo cada equipe jogar com, no máximo, 3 atletas masculinos, nas modalidades mistas.

**2. Quadra de jogo**

Quadra de voleibol, sem a rede e com as goleiras colocadas nas cabeceiras da quadra.

**3. Bola**

Bola de iniciação esportiva de borracha.

**4. Dimensões e nomenclatura das zonas**

Dividir e marcar a quadra em 06 zonas:

- Áreas dos goleiros: entre a goleira e a zona de defesa, medindo 1,5m.
- Zonas de defesa: entre a área dos goleiros e as zonas mortas que separam as defesas e os ataques, medindo 3,5m.
- Zonas mortas: entre as defesas e os ataques e no centro da quadra, separando os ataques, medindo 1m cada uma.
- Zonas de ataque: entre as zonas mortas, medindo 2,5m cada uma.

**5. Formação**

Cada equipe se dividirá em 01 goleiro, 04 jogadores na defesa e 04 jogadores no ataque:

- Goleiro: posição 1.
- Defesa: posições 2 a 5 postados na zona de defesa, lado a lado.
- Ataque: posições 6 a 9 postados na zona de ataque lado a lado.

**6. Rodízio**

Acontece sempre na equipe que ataca, quando houver o gol ou a bola sair pela linha de fundo, tanto ao lado da goleira ou sobre a mesma. Sai o goleiro

ISBN 978-65-86901-26-9

e vai para a posição 02 da defesa. Todos os jogadores da equipe atacante trocarão de posição, obedecendo à ordem numérica. O jogador da posição 05 vai para o ataque e o jogador da posição 09 vai para a posição 01 de goleiro.

**7. Desenvolvimento**

É feito o sorteio entre os goleiros das equipes para definir a posse de bola. O jogo inicia com o goleiro da equipe que ganhou o sorteio, passando para sua defesa.

A defesa poderá efetuar de dois a três passes, sendo o último o passe para seu ataque. O ataque adversário tentará interceptar esse passe, sendo permitido usar todo o corpo, inclusive os pés.

O ataque poderá executar de dois a três passes, sendo o último o arremesso para o gol. A defesa da equipe adversária tentará impedir a passagem da bola, sendo permitido usar todo o corpo, inclusive os pés.

Acontecendo o gol ou a bola saindo pela linha de fundo, tanto pelo lado como sobre a trave, a equipe atacante executará o rodízio.

O jogo reinicia com o goleiro que sofreu o ataque.

**8. Penalidades**

Cada vez que um jogador invadir a zona morta, a área do goleiro (no caso dos jogadores de defesa) ou "queimar" a linha de demarcação, será considerado falta. A penalidade será a perda da posse de bola para o adversário no local mais próximo da falta.

Cada vez que uma equipe errar o número de passes, a bola reverterá para o adversário, na zona mais próxima da falta.

**9. Substituição**

Será permitida a substituição de atletas com a bola parada. O atleta entrará no jogo no lugar do goleiro. Durante a substituição o árbitro deverá parar o cronômetro. Não haverá limite de substituições.

## Considerações finais

Acreditamos que com estas modalidades expostas os acadêmicos e profissionais de educação física, poderão as colocar em pratica nas suas ações e planos de desenvolvimento físico aos adultos maduros e idosos, pois como apresentado a expectativa de vida no Brasil está em um constante crescimento

ISBN 978-65-86901-26-9

e devemos nos adequar com ferramentas que estimulem um envelhecimento saudável, acreditamos por meio deste artigo que através da prática esportiva adaptada, os mesmos poderão se beneficiar de um ambiente acolhedor com o estímulo da atividade física e socialização entre seus semelhantes, tornando-os indivíduos independentes e autônomos.

Pretendemos nas próximas publicações seguir com o estudo de coleta de dados do olhar do praticante e do profissional que o aplica. Além do desenvolvimento de metodologias na busca pelo ensino-aprendizagem dos grupos de idosos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AURELIO. In: DICIO, **SOCIALIZAÇÃO.** Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/socializacao/> . Acessado em: 10/10/2020.

BARBANTI Valdir. REBAFS – Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, **O QUE É ESPORTE?** v. 11 n. 1 p. 54, (2006). Disponível em <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/833/840>. Acessado em: 10 de outubro de 2020.

BRASIL.ESTATUTO DO IDOSO. **Lei n. No 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acessado em 11 de outubro de 2020.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. **O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO**. Disponível em: < https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf >. Acessado em: 11 de outubro de 2020.

FGJAI – Federação Gaúcha de Jogos Adaptados para o Idoso. **MODALIDADES** Disponível em: <https://www.fgjai.com.br/MODALIDADES/> Acessado em 23 de agosto de 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira, políticas públicas e impactos futuros decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: Departamento de Pesquisas, 2018.

IGG - **Instituto de Geriatria e Gerontologia RS**, EDIPUCRS (Impr.) Porto Alegre, p. 159, 2019.

LIMA, Alisson Padilha; **GRUPO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS: O PAPEL DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E AS MOTIVAÇÕES PARA ADESÃO À PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA.** Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892020000100216> Acessado em: 12 de outubro de 2020.

MELO, Frederico. **Envelhecer não é um fardo**. Rio de Janeiro: Radis, v 173, p 22, 2017.

NINA. Afonso Celso e ASSUNPÇÃO. Luis Otávio Teles. **IDOSO E ESPORTE**. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/view/1147>. Acessado em: 10 de outubro de 2020.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O papel da atividade física no Envelhecimento saudável**, 2006.

ROCHA, Saulo Vasconcelos. **COLETIVO DE AUTORES, FATORES ASSOCIADOS À ATIVIDADE FÍSICA INSUFICIENTE NO LAZER ENTRE IDOSOS**. Rev Bras Med Esporte – Vol. 19, No 3, p.191, 194 – Mai/Jun, 2013.

# CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAR OS IDOSOS PARTICIPANTES DO TRABALHO SOCIAL COM IDOSOS DO SESC - CE

Nilmara Serafim Chagas[1]
Giulyanne Maria Silva Souto[2]
Iraquitan de Oliveira Caminha[3]

**Resumo:** O objetivo do estudo foi construir e validar um instrumento para caracterizar os idosos participantes do Trabalho Social com Idosos do Serviço Social do Comércio – Ceara**.** Trata-se de uma pesquisa metodológica, com abordagem quantitativa. O instrumento foi organizado em módulos, distribuídos em 25 perguntas distribuídos em módulos: Informações socio-demográfico; Econômicas; Capacidade funcional; Histórico de quedas; Auto eficácia; e Atividades de lazer no SESC. A amostra foi composta por 30 idosos, sendo 25 mulheres e cinco homes, com idades entre 60 e 85 anos (69,1±1,83). Os resultados do estudo mostraram que o questionário desenvolvido obteve um porcentual de concordância encontrado superior a 62,5%. Concluímos que de acordo com à relevância das questões individuais e em conjunto, é um instrumento aplicável, padronizável e que poderá contribuir com a população idosa nas diferentes áreas da gerontologia.
**Palavras-chave:** Envelhecimento, Saúde, Percepção, Exercício Físico.

1 Mestre do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, nschagas@hotmail.com;

2 Doutora do Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, giulyanne.ufpb@gmail.com;

3 Doutor do Curso de Filosofia da Université Catholique de Louvain, caminha@gmail.com.

## Introdução

O envelhecimento da população hoje é um fenômeno mundial, caracterizado pelo aumento de uma média da população em relação às demais faixas etárias. Este consiste num processo dinâmico, progressivo e irreversível que acontece em todos os indivíduos indistintamente, através de fatores biológicos, psíquicos e sociais (MAZO; LOPES; BENEDETTI, 2009). O envelhecimento é acompanhado de novas demandas da saúde, segurança e participação individual ou em grupos, com o objetivo de aumentar a qualidade e a expectativa de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, proporcionando mais autonomia e independência.

No Brasil, esse fenômeno de transição demográfica é explicado devido às transformações sociais e econômicas ocorridas a partir do século XX. Marcado pelas alterações na estrutura familiar, a queda da fecundidade (na metade de 1960) e aumento da longevidade, principalmente das mulheres, bem como outros fenômenos sociais diretamente relacionados à industrialização e urbanização. Conforme Miranda, Mendes e Silva (2016), estima-se para a população brasileira, entre 2000 e 2025, um aumento de 15% e em 2050 um aumento de 24%, para indivíduos com mais de 60 anos, representando em termos absolutos 45 milhões de pessoas idosas.

Na literatura, observamos pesquisas relacionadas a esse público com o objetivo de melhorar as demandas para esse perfil de idosos, numa perspectiva de contribuir para sua reinserção na sociedade com uma nova percepção positiva do processo de envelhecimento e maior incremento nas pesquisas de saúde na área de gerontologia. (ANDRADE et al., 2014; BATISTA et al., 2014; CASTRO, LIMA; DUARTE, 2015). Muitas dessas pesquisas tem buscado ampliar o conhecimento e aplicação de avaliação de procedimentos metodológicos confiáveis e específicos para esta parcela da população crescente.

É importante assim, construir e verificar os procedimentos metodológicos e instrumentos existentes para conhecer de maneira mais ampla o perfil de idosos brasileiros. A validação do instrumento tem o objetivo de analisar se o que foi proposto no instrumento é capaz de fato de realizar a análise proposta (MATTOS; ROSSETO JÚNIOR; BLECHER, 2014).

Para essa validação em questionário é utilizada a validação de conteúdo, método indicado para a construção de escalas, formulários ou questionários novos (MAZO; BENEDITTI, 2010). Esta etapa de validação consiste em efetivos procedimentos para reconhecer se o conteúdo do instrumento agrupa

ISBN 978-65-86901-26-9

o que realmente se pretende estudar. No entanto, verificamos que são poucos os instrumentos para caracterizar o perfil de idosos principalmente em países em desenvolvimento como é o caso do Brasil. Essa escassez é acentuada principalmente no nordeste brasileiro, onde o acesso aos bens de saúde, educação, cultura, lazer, entre outros e bem difícil (BRAGA, 2015).

Hoje temos inúmeras entidades de iniciativas públicas e privadas no Brasil, com o objetivo de contribuir através de contatos sociais pela participação em programas de atividade para idosos que ajudam na manutenção de suas atividades diárias. Dentre as instituições temos: a Fundação Perseu Abramo; Universidade Aberta da Terceira Idade; Serviço Social do Comércio (SESC), Serviço Social da Indústria (SESI), Associação Cristã de Moços (ACM), Prefeituras Municipais, Paróquias, Associação de Moradores, Clubes Esportivos e Sindicatos. Instituições não governamentais como o Laboratório de Atividade Física e Promoção da Saúde, Instituto de Educação Física e Desportos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Destacando o SESC, que tem o grupo do Trabalho Social com Idosos – TSI – Carmo, São Paulo. Este grupo é pioneiro no Brasil e na América Latina pela oferta de atividades de esporte e lazer para seus ex-alunos que se aposentaram. Entretanto, ressaltamos que o SESC é uma instituição pública de direito privado, autônoma e sem fins lucrativos que oferta atividades de esporte, lazer, saúde, cultura e assistência prioritariamente para o público comerciário e seus dependentes (OLIVEIRA, 2013).

Ao longo dos anos, o grupo do TSI foi se modificando, ampliando e estendendo para todo o Brasil, na busca de atender as necessidades iniciais e básicas de convivência, atenção, cuidado e amparo com uma perspectiva assistencial (SESC, 2012). No estado do Ceará, o TSI iniciou suas atividades em 1983. Inicialmente em Fortaleza (capital), e expandindo-se para o interior nas cidades de Sobral, Juazeiro do Norte, Crato e Iguatu.

Com o êxito na participação dos idosos nas atividades, o SESC a partir da experiência profissional de atuação no grupo participou das Assembleias Mundiais do Envelhecimento da ONU em Viena (1982) e Madri (2002), do Conselho Nacional de Direito do Idoso desde 2002, contribuiu na formulação da Política Nacional do Idoso – PNI (1994) e Estatuto do Idoso (2003) (SESC, 2018).

A partir do grupo do TSI muitas pesquisas foram realizadas com os idosos brasileiros, relacionadas ao envelhecimento em uma perspectiva de

atividades em grupos, contribuindo para sua reinserção na sociedade, com uma nova percepção positiva do processo de envelhecimento (ANDRADE et al., 2014; BATISTA et al., 2014; CASTRO; LIMA; DUARTE, 2015). Entretanto, cada pessoa vivência o envelhecimento de acordo com sua história, classe, gênero, etnia, saúde, educação e condições econômicas.

Com isso a elaboração e validação de instrumentos que possam atender as exigências associadas ás diferenças observadas e as características do estudo, constituem uma ferramenta poderosa na qualidade do atendimento de profissionais da saúde que atuam com esses grupos. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi construir e validar um instrumento para caracterizar os idosos participantes do Trabalho Social com Idosos do Serviço Social do Comércio – Ceara.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de validação do instrumento, realizado em 2018, no município de Iguatu, situado na região Centro-Sul do Ceará. A cidade é a nona mais populosa do Ceará é constituída por uma população de aproximadamente 102.614 habitantes. Seu índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é médio (0,677).

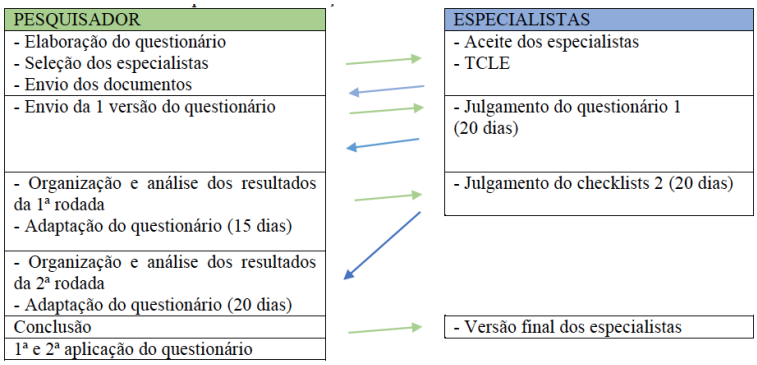
A amostra foi composta por 30 idosos, sendo 25 mulheres e cinco homes, com idades entre 60 e 85 anos (69,1±1,83). O critério de inclusão adotado foi o de ser idoso, matriculado no grupo do TSI do SESC e o critério de exclusão foi não ser idoso.

Esse processo foi operacionalizado via internet, sendo o questionário elaborado e respondido por meio do aplicativo *Google Docs®*, que permite criar, editar, visualizar e armazenar via online os formulários, planilhas, apresentações, documentos, enviar e compartilhar.

A figura abaixo (Figura 1 - Estrutura do processo de validação) apresenta o processo de validação entre o pesquisador e os especialistas.

ISBN 978-65-86901-26-9

FIGURA 1: Estrutura do processo de validação.




Fonte: Adaptado de Amaya (2015)

A coleta de dados aconteceu em duas rodadas de validação conformas os envios de documentos via online (e-mail), as partes foram: I – contém informações sobre a pesquisa, a imagem do TCLE e a pergunta relativa ao aceite ou recusa na participação do especialista na pesquisa; II – dados para caracterização dos participantes e julgamento da 1, rodada do questionário; III – Julgamento da 2, rodada do questionário; IV – avaliação geral.

Foi enviado por e-mail o convite, informações do estudo (objetivo, desenvolvimento da pesquisa e da participação de cada especialista na etapa de validação de conteúdo do instrumento elaborado) e o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE. Após a confirmação dos especialistas na participação da validação de conteúdo do questionário foi recebida a devolutiva através do TCLE assinado (assinatura digital).

O julgamento objetiva à validação do instrumento, no caso o questionário, foi organizado por meio de uma escala ordinal de valores progressivos contendo graus de concordância de 0 a 10 conforme a opinião dos especialistas sobre a relevância do item. Para a opção *discordo totalmente*, com valor de 0 a 3, para *discordo* de 4 a 7 e para *concordo*, de 8 a 10 (PEDREIRA et al., 2017).

O questionário online verificou a concordância dos especialistas com relação à relevância das questões individuais e em conjunto como: a pergunta isolada com respostas e ação corretiva; cada pergunta do instrumento foi julgada isoladamente com valor correspondente ao grau de concordância; atributos do instrumento proposto; e o conjunto de perguntas relativas ao título de cada categoria.

Esta pesquisa foi a presentada à diretoria regional do SESC-CE em Fortaleza, com a finalidade de obter a autorização institucional. Posteriormente,

o projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade federal da Paraíba UFPB e possui o certificado de Aprovação (ANEXO B). Esta aprovação aconteceu em 2017 possuindo o código de nº 68607817.6.0000.5188. Contudo, a pesquisadora considerou todas as observações éticas contempladas na resolução do Conselho Nacional de Saúde 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O TCLE foi assinado por meio digital na ferramenta *Google Docs*®, e os participantes foram identificados por códigos para manter o sigilo de sua identidade.

## Resultados e discussão

### Construção do *checklist*

Construída a primeira versão do questionário e selecionados os participantes, o processo de validação pelo comitê aconteceu em duas rodadas de julgamento sendo enviados pelo e-mail o *link* de acesso ao questionário (AMAYA, 2016).

Trata-se de um instrumento organizado em módulos distribuídos em 25 perguntas da seguinte maneira: Informações sociodemográficas; Informações econômicas; Capacidade funcional (Auto – Percepção do Desempenho em Atividade da Vida Diária); Histórico de quedas; Auto eficácia (caminhada e atividade física moderada e vigorosa); e Atividades de lazer no SESC.

### Processo de validação

O comitê de especialistas foi igual em ambas as rodadas, composto por 09 profissionais na primeira rodada de avaliação e 08 na segunda, com perda de um por não devolução do instrumento em tempo hábil. Participaram, na maioria, professores de educação física e serviço social, com formação entre graduação e pós-doutorado.

Os resultados, de acordo com os módulos que compuseram o questionário, estão a seguir apresentados, descritiva e comparativamente entre as rodadas, e a versão final apre-sentada nos quadros 1 a 7.

MODULO I – Informações sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele, estado civil, nível de escolaridade, moradia e religião), composto por 7

ISBN 978-65-86901-26-9

perguntas (QUADRO - 1). A primeira "Idade?"; obteve 100% na primeira e segunda versão. Desse modo a segunda versão manteve-se igual a primeira. A segunda pergunta "Sexo? "obteve 88,9% na primeira rodada foi e 87,5% na segunda rodada, foi modificado o termo de gênero para sexo, de comum acordo com o IBGE. A terceira pergunta foi "Cor da pele" obteve 66,7% na primeira rodada e 62,5% na segunda rodada, foi acrescentado indígena, como sugestão de comum acordo com o IBGE. A quarta pergunta foi relacionada ao "Estado civil?" obteve 88,9% na primeira rodada foi e 87,5% na segunda rodada, foi modificado de comum acordo com o IBGE. A quinta pergunta "Nível de escolaridade" 55,6% na primeira rodada e 87,5% na segunda rodada, como sugestão de comum acordo com o IBGE. Na sexta pergunta "Moradia?" obteve 77,8% na primeira rodada e 87,5% na segunda, sugerido uma mudança no nome da variável, pois na primeira rodada estava como companhia de moradia, como também a possibilidade de adicionar outras respostas e após as modificações na redação ficou como "Moradia?". Na sétima pergunta "Religião?" obteve 44,4% na primeira rodada e 66,7% na segunda, sugerido acrescentar uma opção de resposta para quem não tem religião.

QUADRO 1: Informações demográficas para aplicação com os participantes do TSI – SESC – CE, 2017.

| | |
|---|---|
| 1) Idade _____ anos | |
| 2) SEXO: [ ] Masculino [ ] Feminino | |
| 3) Qual a cor de sua pele do (a) senhor (a)? | |
| [ ] Branca [ ] Preta [ ] Amarelo [ ] Indígena [ ] Parda/Morena | |
| 4) Qual o estado civil do (a) senhor (a)? | |
| [ ] Solteiro (a) | [ ] Divorciado (a) ou separado |
| [ ] Casado (a) ou união estável | [ ] Viúvo (a) |
| 5) Qual o maior nível de escolaridade do (a) senhor (a)? | |
| [ ] Não alfabetizado | |
| [ ] Somente alfabetizado | |
| [ ] Elementar incompleto ou 1ª a 3ª série do 1º grau | |
| [ ] Elementar completo ou até a 4ª série do 1º grau | |
| [ ] Fundamental incompleto 1º ciclo ou da 5ª a 8ª série do 1º grau | |
| [ ] Fundamental completo 1º ciclo ou da 5ª a 8ª série do 1º grau | |
| [ ] Médio incompleto 2º ciclo ou 2º grau | |
| [ ] Médio completo 2º ciclo ou 2º grau | |

ISBN 978-65-86901-26-9

| |
|---|
| [ ] Superior |
| [ ] Mestrado ou doutorado |
| [ ] Não sabe / Sem declaração |
| 6) Com quem o (a) senhor (a) mora? |
| [ ] Sozinho (a) [ ] Família [ ] Funcionário [ ] Amigos |
| [ ] Outro (s) (especifique) _____ |
| 7) Qual a religião do (a) Senhor (a)? |
| [ ] Católico [ ] Evangélico [ ] Budista [ ] Umbanda [ ] Candomblé [ ] Espírita [ ] Não tem religião |
| [ ] Outros (s) (especifique) _____ |

MODULO II- Informações econômicas, composto por 4 perguntas (QUADRO - 2). Este módulo obteve na primeira rodada 33% e &%% na segunda. Foi modificado o módulo integralmente por sugestão dos especialistas, ficando na redação final o instrumento já validade da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2016) através do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O instrumento utiliza o levantamento de características domiciliares, existência e quantidade de itens (de 0 a mais de 4), grau de escolaridade da pessoa de referência e serviços públicos (água encanada e rua pavimentada).

QUADRO 2: Informações econômicas para aplicação com os participantes do TSI – SESC – CE, 2017.

| 8) Qual dos itens o (a) senhor (a) possui em sua residência? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 – Não tem; 1 – Tem 1 item; 2 – Tem 2 itens; 3 – Tem 3 itens; 4 – Tem 4 ou mais itens | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 ou + |
| Banheiro[1] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Empregado doméstico[2] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Automóvel[3] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Microcomputador[4] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Lava louça[5] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Geladeira[6] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Freezer (pode ser a geladeira 2ª porta) [7] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Máquina de lavar roupa (não pode tanquinho)[8] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| DVD (videogame, computadores, notebooks, aparelhos portáteis e ou blue ray) [9] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Micro-ondas[10] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Motocicleta[11] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Secadora de roupa[12] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 9) Qual a escolaridade do chefe de família? | | | | | |
| [ ][1] Analfabeto / Fundamental I incompleto | | | | | |
| [ ][2] Fundamental I completo / Fundamental II incompleto | | | | | |
| [ ][3] Fundamental II completo / Médio incompleto | | | | | |
| [ ][4] Médio completo / Superior incompleto | | | | | |
| [ ][5] Superior completo | | | | | |
| 10) Na sua casa tem água encanada? | [ ][1] Sim [ ][2] Não | | | | |
| 11) A rua (trecho) da sua casa é asfaltada? | [ ][1] Sim [ ][2] Não | | | | |

MODULO III - Informações sobre saúde, composto por 3 perguntas (QUADRO - 3). A primeira "Percepção da saúde?"; obteve 77,8% na primeira e 87,5% segunda versão. A segunda pergunta "Comparação da saúde há dois anos atrás?" "obteve 77,8% na primeira rodada foi e 87,5% na segunda rodada. A terceira pergunta foi "Satisfação com a saúde" obteve 55,6% na primeira rodada e 87,5%. Esse módulo foi sugerido a modificação nas três perguntas da primeira para a segunda rodada, após as modificações as perguntas ficaram como "Como o (a) senhor (a) considera sua saúde nas duas últimas semanas?", "Sua saúde atual em comparação a de 2 anos atrás?" e "Qual o nível de satisfação do (a) senhor (a) com a sua saúde?".

QUADRO 3: Informações gerais sobre a saúde para aplicação com os participantes do TSI – SESC – CE, 2017.

| |
|---|
| 12) Como o (a) senhor (a) considera sua saúde nas duas últimas semanas? |
| [ ] Excelente [ ] Muito boa [ ] Boa [ ] Regular [ ] Ruim |
| 13) Sua saúde atual em comparação a de 2 anos atrás? |
| [ ] Excelente [ ] Muito boa [ ] Boa [ ] Regular [ ] Ruim |
| 14) Qual o nível de satisfação do (a) senhor (a) com a sua saúde? |
| [ ] Muito satisfeito [ ] Satisfeito [ ] Indiferente [ ] Insatisfeito [ ] Muito insatisfeito |

MODULO IV – Capacidade funcional, composto por 1 pergunta com 40 itens (QUADRO - 4). A primeira rodada de validação esse modulo obteve 88,9% de concordância em relação a relevância do item que apresentou uma pergunta sobre o nível de dependência "Qual o nível de dependência para as atividades da vida diária?". Entretanto os especialistas fizeram alguns questionamentos sobre a compreensão da redação da pergunta para os idosos e

ISBN 978-65-86901-26-9

a depender de quem seja o respondente ele pode não entender o que é uma atividade de vida diária. Com isso foi sugerido pelos especialistas um instrumento de Percepção do desempenho em atividades da vida diária.

Na segunda rodada foi apresentado como proposta para este item o Auto – Percepção do Desempenho em Atividade da Vida Diária. Consiste em um instrumento de auto percepção de escala de atividades da vida diária (ANDREOTI; OKUMA, 1999), que obteve 75% de concordância pelos especialistas. Contempla uma escala de 40 itens, dentre atividades realizadas na vida diária, divididas em atividades básicas de 1 a 15 e atividades instrumentais de 16 a 40.

QUADRO 4: Informações sobre a capacidade funcional para aplicação com os participantes do TSI – SESC – CE, 2017.

| 15) Das atividades diárias abaixo qual o nível de desempenho do (a) senhor (a)? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- Não consigo realizar esta atividade. 2 – Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa. 3 - Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade. 4 -Realizo esta atividade com um pouco de dificuldade. 5 – Realizo esta atividade sozinho e com facilidade. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alimentar-se. | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Tomar banho (lavar os pés) | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Tomar banho (lavar as costas) | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Pentear os cabelos | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Cortar as unhas das mãos | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Cortar as unhas dos pés | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Vestir calça comprida | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Vestir blusa sem botões | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Abotoar blusas, casacos e etc | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Calçar meias | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Calçar sapato de amarrar | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Deitar na cama | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Sentar em uma cadeira sem braços | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Levantar de uma cadeira sem braços | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Levantar da cama | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Deitar no chão | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Levantar do chão | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Pegar um objeto do chão | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Segurar um pacote de 5 kg (por exemplo um pacote de arroz) por 5 minutos | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Fazer a cama | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Varrer a casa | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Limpar os móveis da casa | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Fazer faxina na casa | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Descascar/cortar alimentos | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Cozinhar | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Subir degraus do ônibus | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Descer degraus do ônibus | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Entrar no carro | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Sair do carro | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Realizar trabalhos artesanais: crochê, tricô, pintura, etc | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Realizar trabalhos manuais: pregar algo, colocar as chaves na fechadura, discar telefone, etc | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Andar de 2-3 quarteirões | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Andar em subidas | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Andar depressa | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Andar 10-12 quarteirões | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Subir uma escada de 15-20 degraus | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Descer uma escada de 15-20 degraus | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Subir uma escadaria (mais de 40 degraus) | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Descer uma escadaria (mais de 40 degraus) | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| Ficar muito tempo em pé (mais de meia hora) | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

Para avaliar o grau de dificuldade na realização de cada atividade da vida diária descrita dos idosos há 5 possibilidades de respostas, como: (A) Não consigo realizar esta atividade; (B) Realizo esta atividade só com ajuda de outra pessoa; (C) Realizo esta atividade sozinho, mas com muita dificuldade; (D) Realizo esta atividade com um pouco de dificuldade; e (E) Realizo esta atividade sozinho e com facilidade. O resultado final da classificação da capacidade funcional deve-se a soma dos pontos dos 40 itens, como: (A) Corresponde a 0 pontos; (B) Corresponde a 1 ponto; (C) Corresponde a 2 pontos; (D) Corresponde a 3 pontos; e (E) Corresponde a 4 pontos. Com isso temos uma pontuação final que varia de 0 a 160 pontos, distribuídos em uma escala de cinco categorias como: muito ruim, com pontuação entre 0 a 31; ruim, com pontuação entre 32 a 64 pontos; média, com pontuação entre 65 a 97; boa, com pontuação entre 98 a 130; e muito boa, com pontuação entre 131 a 160 (MATSUDO, 2010).

MODULO V – Histórico de quedas, composto por 3 perguntas (QUADRO - 5), “O senhor(a) caiu esse ano?”, “Alguma vez precisou ser

hospitalizado por causa de uma queda?", "Tem medo de cair?" obteve na primeira rodada 55.6% de concordância pelos especialistas. Entretanto, os especialistas fizeram várias sugestões deste a redação do enunciado da pergunta, como as opções de respostas objetivas e subjetivas, uma revisão pensando na compreensão dos idosos sobre as perguntas. Na segunda rodada o módulo obteve 87,5% de concordância e após as sugestões dos especialistas o módulo apresentou possibilidades de respostas fechadas e ficaram como: "O (a) senhor (a) já sofreu alguma queda?", "Qual o motivo da queda?" e "O (a) senhor (a) precisou ser hospitalizado por motivo de alguma queda?".

QUADRO 5: Informações sobre histórico de quedas para aplicação com os participantes do TSI – SESC – CE, 2017.

| | |
|---|---|
| 16) O (a) senhor (a) já sofreu alguma queda? | [ ] Sim [ ] Não |
| Caso tenha como resposta a opção 2 (Não) devera não responder as questões 14 e 15. | |
| 17) Qual o motivo da queda? | |
| [ ] Tontura [ ] Tropeço [ ] Escorregamento [ ] Síncope / Escurecimento da Visão | |
| [ ] Outros (s) (especifique) _____ | |
| 18) O (a) senhor (a) precisou ser hospitalizado por motivo de alguma queda? | [ ] Sim [ ] Não |

MODULO VI – Auto eficácia, representa a confiança em realizar a atividade física e caminhada mesmo quando existem barreiras para essa prática, como por exemplo, falta de tempo, cansaço, mau humor e frio (QUADRO - 6). Obteve na primeira e segunda rodada 75% de concordância, sendo sugerido pelos especialistas correção apenas na redação e enaltecido a importancia do item. O instrumento é validado e apresenta opção de resposta objetiva sim" e "não", tendo como questões relacionadas a confiança em realizar a atividade física e caminhada mesmo quando existem barreiras para essa prática, como por exemplo, falta de tempo, cansaço, mau humor e frio (BORGES et al., 2015).

QUADRO 6: Informações sobre autoeficácia para aplicação com os participantes do TSI – SESC – CE, 2017.

| | |
|---|---|
| 19) Qual a sua CONFIANÇA em ser ativo fisicamente em cada uma das situações abaixo? | |
| Você se sente confiante em realizar caminha mesmo quando está cansado (a)? | [ ] Sim [ ] Não |
| Você se sente confiante em realizar caminha mesmo quando está de mau humor? | [ ] Sim [ ] Não |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | |
|---|---|
| Você se sente confiante em realizar caminha mesmo quando está sem tempo? | [ ] Sim [ ] Não |
| Você se sente confiante em realizar caminha mesmo quando está muito frio? | [ ] Sim [ ] Não |
| Você se sente confiante em realizar atividade física moderada e vigorosa mesmo quando está cansado? | [ ] Sim [ ] Não |
| Você se sente confiante em realizar atividade física moderada e vigorosa mesmo quando está de mau humor? | [ ] Sim [ ] Não |
| Você se sente confiante em realizar atividade física moderada e vigorosa mesmo quando está sem tempo? | [ ] Sim [ ] Não |
| Você se sente confiante em realizar atividade física moderada e vigorosa mesmo quando está muito frio? | [ ] Sim [ ] Não |

MODULO VII – Atividades de lazer no SESC - CE, composto por 5 perguntas (QUADRO - 7): "Ha quanto tempo o (a) senhor (a) participa das atividades ofertadas pelo SESC?" Obteve na primeira e segunda rodada 66,7%. Sendo sugerido uma categorização por anos, ao invés de pergunta com possibilidade de resposta aberta; na segunda pergunta após a contribuição dos especialistas ficou "Quem indicou o (a) senhor (a) participa das atividades ofertadas pelo SESC?" Obteve na primeira rodada 88,9% e na segunda rodada com 87,5%, sendo acrescentado a possibilidade de resposta "outros"; na terceira pergunta "Quais atividades participa dentro da instituição do SESC o (a) senhor (a)?" obteve na primeira rodada 77,8% e 87,5% na segunda rodada, sendo acrescentado a possibilidade de resposta "outros"; a quarta pergunta "O que motiva o (a) senhor (a) a participar das atividades no SESC?" Obteve na primeira rodada 55,6% e 87,5% na segunda, sendo acrescentado a possibilidade de respostas "profissionais" e "outros" como possibilidade de resposta aberta; a quinta e última pergunta do modelo foi especifico para aqueles que dentre as atividades que são ofertadas participam de atividade física no SESC: "Qual das atividades físicas o (a) senhor (a) pratica dentro da instituição do SESC?" que obteve na primeira e segunda rodada 87,5%, sendo acrescentado a possibilidade de resposta aberta com "outros".

QUADRO 7: Informações sobre atividades de lazer no SESC para aplicação com os participantes do TSI – SESC – CE, 2017.

| | |
|---|---|
| Ha quanto tempo o (a) senhor (a) participa das atividades ofertadas pelo SESC? | |
| [ ] De 1 semana a 6 meses [ ] De 6 a 11 meses [ ] De 1 a 5 anos<br>[ ] 6 a 10 anos [ ] 11 a 15 anos [ ] 16 a 20 anos [ ] 21 anos ou mais | |
| Quem indicou o (a) senhor (a) participa das atividades ofertadas pelo SESC? | |
| Melhorar a saúde física e mental | [ ] Sim [ ] Não |
| Problema de saúde | [ ] Sim [ ] Não |

| | |
|---|---|
| Indicação médica | [ ] Sim [ ] Não |
| Convívio social/amizade/sociabilização | [ ] Sim [ ] Não |
| Incentivo de parentes e amigos | [ ] Sim [ ] Não |
| Gostar das atividades ofertadas | [ ] Sim [ ] Não |
| Ocupar o tempo livre | [ ] Sim [ ] Não |
| [ ] Outro (s) especifique _____ | |
| 23) Quais atividades participa dentro da instituição do SESC o (a) senhor (a)? | |
| Reunião de socialização | [ ] Sim [ ] Não |
| Oficinas ocupacionais | [ ] Sim [ ] Não |
| Palestras/Seminário | [ ] Sim [ ] Não |
| Passeios | [ ] Sim [ ] Não |
| Atividades físicas (hidroginástica, natação, caminhada, musculação, entre outras) | [ ] Sim [ ] Não |
| Atividades culturais (coral, dança, teatro, entre outras) | [ ] Sim [ ] Não |
| Atividades de educação continuada | [ ] Sim [ ] Não |
| Projetos intergeracionais (com crianças, adolescentes e adultos) | [ ] Sim [ ] Não |
| [ ] Outro (s) especifique _____ | |
| Obs. Se não faz atividade física, não precisa responder a questão 25. | |
| 24) O que motiva o (a) senhor (a) a participar das atividades no SESC? | |
| Convívio com outras pessoas | [ ] Sim [ ] Não |
| Preocupação com a saúde | [ ] Sim [ ] Não |
| Estrutura física (quadra, piscina, sala de ginástica, entre outros) | [ ] Sim [ ] Não |
| Atividades ofertadas | [ ] Sim [ ] Não |
| Profissionais | [ ] Sim [ ] Não |
| Acompanhar o esposo (a) | [ ] Sim [ ] Não |
| Outro (s) especifique _____ | |
| 25) Qual das atividades físicas o (a) senhor (a) pratica dentro da instituição do SESC? | |
| Hidroginástica | [ ] Sim [ ] Não |
| Ginástica | [ ] Sim [ ] Não |
| Natação | [ ] Sim [ ] Não |
| Musculação | [ ] Sim [ ] Não |
| Alongamento | [ ] Sim [ ] Não |
| Outro (s) especifique _____ | |

A proposta inicial foi acrescentada módulos, itens do primeiro formato elencados, o que infere que os especialistas da área consideraram suficientes os itens de verificação relativos ao perfil dos idosos do grupo.

O porcentual de concordância encontrado foi superior 62,5% com relação à relevância das questões individuais e em conjunto como: a pergunta isolada com respostas e ação corretiva; cada pergunta do instrumento foi julgada

ISBN 978-65-86901-26-9

isoladamente com valor correspondente ao grau de concordância; atributos do instrumento proposto; e o conjunto de perguntas relativas ao título de cada categoria.

Destaca-se a importância da metodologia utilizada para o refinamento do *checklist* por meio da avaliação por especialistas, aqui designadamente em dois momentos, através de duas rodadas. A validade de conteúdo de um questionário, tem o objetivo de verificar se o instrumento é capaz de representar o que estar a ser avaliado, determinando se a escolha dos itens é adequada, sendo uma etapa importante quando se propõe desenvolver um novo instrumento (AMAYA et al., 2016). Entretanto, a validade de conteúdo, apresenta limitações quanto à subjetividade envolvida no processo de avaliação pelos especialistas, sendo importante considerar a execução de outras medidas psicométricas (PEDREIRA et al., 2016).

## Considerações finais

Os resultados do estudo mostraram que o questionário desenvolvido para os idosos do grupo de convivência do SESC – CE, é um instrumento que se recomenda a sua utilização em estudos epidemiológicos envolvendo sujeitos com as mesmas características. Sendo, portanto, um instrumento aplicável, padronizável e que poderá contribuir no especificamente a população idosa.

Assim o instrumento construído no nordeste brasileiro é capaz de caracterizar idosos de grupos de convivência e contribuir para diagnósticos de intervenção de profissionais diversos que atuam com idosos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABEP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Dados com base no levantamento sócio econômico. 2016. Disponível em: http://www.abep.org/criterio-brasil. Acesso em: 07 de junho de 2017.

AMAYA, Marly Ryoko**. Instrumento para verificação de ações para a segurança do paciente em atendimento de emergência**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

AMAYA, Marly Ryoko. et al. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37, (esp):e68778, pg. 1-8, 2016.

ANDRADE, Ankilma do Nascimento; et al. percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras – PB. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 17, n. 1, pg. 39-48, 2014.

ROSANA, Aparecida Andreotti; OKUMA, Silene Sumire. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. **Revista Paulista de Educação Física**. v. 13, n. 1, pg. 46-66, 1999.

BATISTA, Maria do Rosário de Fátima Franco; et al. A percepção do idoso sobre sua vivência em instituição de longa permanência. **Revista de Enfermagem**. v. 8, n. 7, pg. 988-996, 2014.

BORGES, Rossana Arruda; RECH, Cassiano Ricardo; MEURER, Simone Teresinha; BENEDITTI, Tânia Rosane Bertoldo. Validade e fidedignidade de uma escala para avaliar a auto eficácia para a atividade física do idoso. **Caderno de Saúde Pública**. v. 3, n. 4, pg. 701-708, 2015.

BRAGA, Irineide Beserra; BRAGA, Elinez Beserra; OLIVEIRA, Maria Cristiana de Araújo; GUEDES, José Demontier. A percepção do idoso sobre a saúde e a qualidade de vida na terceira idade. **Revista de Psicologia**, v.9, n.26, fev./fev. 2015.

ISBN 978-65-86901-26-9

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. BRASIL, 2012.

CASTRO, Marcela Rodrigues; LIMA, Leopoldo Henriques Rezende; DUARTE, Emerson Rodrigues. Jogos recreativos para a terceira idade: uma análise a partir da percepção dos idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. v. 38, n. 3, pg. 283-289, 2015.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

MATSUDO, Sandra Mahecha. **Avaliação do idoso**: física e funcional. Santo André, Gráfica Mali, 3ª edição, 2010.

MAZO, Giovana Zarpellon; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**.v. 12, n. 6, pg. 480-484, 2010.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, Marize Amorim; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. **Atividade Física e o Idoso:** Concepção Gerontológica. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2009.

MATTOS, Mauro Gomes; ROSSETO JÚNIOR, Antonio José; BLECHER, Shelly. **Metodologia da Pesquisa em Educação Física: construindo sua monografia, artigos e projetos.** 4ª Ed.rev. e ampl.-São Paulo: Phorte, 2014.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Lucia Andrade. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sócias e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** v. 19, n. 3, pg. 507-519, 2016.

PEDREIRA, Rhaine Borges Santos; et al. Validade de conteúdo do instrumento de avaliação da saúde do idoso. **Einstein**. v. 14, n. 2, pg. 158-177, 2016.

# AS CONTRIBUIÇÕES DE ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA UM ENVELHECIMENTO ATIVO

Isamara Coura[1]
Leôncio Soares[2]

**Resumo**: Este artigo discute alguns resultados preliminares de uma pesquisa de doutorado, em andamento, realizada no Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI). A pesquisa busca analisar as contribuições de atividades educativas para pessoas acima de 60 anos para um envelhecimento ativo. Este texto trata de duas atividades observadas durante a fase exploratória da investigação. A primeira é uma aula de Pintura em tela que acontece semanalmente no CRPI e outra é uma atividade intergeracional que ocorre mensalmente entre idosos do CRPI e estudantes de um colégio privado que se localiza nas proximidades do CRPI. A pesquisa tem caráter qualitativo e tem como instrumentos de coleta de dados a observação e a entrevista semiestruturada. Os resultados apontam para benefícios como criação de novos laços afetivos, novas aprendizagens, reativação da memória e melhoria da autoestima dos idosos. Percebe-se que as pesquisas nesse sentido podem ampliar a discussão sobre políticas públicas voltadas para educação de idosos e propiciar o interesse por novas pesquisas nessa área.
**Palavras-chave**: Educação, Idosos, Envelhecimento Ativo

1 Doutoranda em Educação na Faculdade de Educação (FaE) da UFMG e Técnica em Assuntos Educacionais no IFMG, aramasi@gmail.com

2 Orienriedor e professor titular da Faculdade de Educação (FaE) da UFMG, leonciogsoares@gmail.com;

## 1 – Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade em nosso país. Dados do IBGE de 2019 afirmam que o país tem um índice de 13% de sua população composta por idosos, o que corresponde a 28 milhões de pessoas nessa faixa etária. O IBGE aponta ainda que em 2050 o país terá praticamente um terço da sua população composta por pessoas acima de 60 anos, o índice representará 29,3% do total da população brasileira.

Vários fatores têm contribuído para o aumento da longevidade no país. Maior acesso a cuidados com a saúde e mais informações acerca de condições que levam a melhorias na qualidade de vida, são itens de destaque nessa lista. Um outro elemento que contribui para o aumento da expectativa de vida da população e da qualidade com a qual se vive são as práticas educativas para pessoas idosas.

Ao se falar de práticas educativas, pode-se tratar de práticas de diversas ordens, sejam elas escolares ou não escolares. Nesse sentido, faz-se necessário destacar o quê se entende por educação, no âmbito da pesquisa aqui discutida. Para Vianna (2006) "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). Assim, entende-se, nesse estudo, a educação em sentido amplo. Uma educação que seja para todas as idades da vida, sempre buscando desenvolver os sujeitos envolvidos para uma vida mais plena. Neste caso, investiga-se sobre práticas educativas não escolares para pessoas idosas.

Cada vez mais vemos espaços destinados a alguma forma de educação para pessoas acima de 60 anos. Sejam aulas de ginástica, computação, artesanato, música, idiomas, cursos em Universidade Abertas para a Terceira Idade ou em espaços como centro de convivência. Além disso, cada vez mais se identifica a presença de idosos em salas de aulas da Educação de Jovens e Adultos (EJA). No entanto, é importante destacar, que apesar do crescimento dessas atividades, elas ainda não são acessíveis a boa parte desses sujeitos.

Em muitas cidades, em especial, nas cidades interioranas, essas atividades ainda são pouco presentes. Os espaços mais acessados pelos idosos para atividades ligadas à educação ainda são as salas de aula de EJA. Isso ocorre pelo fato de muitas das pessoas nessa fase da vida não terem tido acesso à escolarização enquanto crianças e jovens e também por ser, muitas vezes, essa

ISBN 978-65-86901-26-9

a oferta que têm mais próxima a sua residência. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) Contínua Educação (2019) revelam que 18% daqueles com 60 anos ou mais são analfabetos. Além desses, ainda existem aqueles que apesar de alfabetizados, não conseguiram concluir a educação básica e também fazem parte dos sujeitos da EJA.

A vivência de processos formativos nessa fase da vida pode contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define envelhecimento ativo como: "o processo de aperfeiçoar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança de modo a melhorar a qualidade de vida no processo de envelhecimento de cada pessoa" (OMS,2005,p.13).

A discussão sobre propostas educativas para pessoas idosas no Brasil ainda é incipiente e isso faz com que esse tema não tenha, ainda, destaque nas políticas públicas, mesmo que a constituição de 1988 já tenha declarado esse direito. No Artigo 205 da Carta

Magna brasileira encontramos que: "A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho." (BRASIL, Art. 205,1988)

Pesquisas que tratem dessa temática mostram-se importantes para discutir acerca das lacunas, apresentar os avanços e provocar reflexões sobre a importância da educação, no seu aspecto mais amplo, nesta fase da vida. Este artigo[3] trata de um recorte de uma pesquisa de doutorado, em andamento, que busca analisar as práticas educativas ofertadas no Centro de Referência da Pessoa Idosa, em Belo Horizonte, do ponto de vista dos benefícios gerados na vida desses sujeitos. Além disso, a pesquisa também busca verificar o perfil e a formação dos professores à frente das atividades.

O recorte aqui apresentado refere-se à fase exploratória da pesquisa e trata da apresentação de algumas atividades observadas e as reflexões acerca de algumas dessas atividades como "Pintura em tela" e a "Troca de saberes".

3 Resultados preliminares de uma pesquisa de doutorado em andamento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## 2 - Metodologia

A investigação científica vem sendo realizada no equipamento público denominado Centro de Referência da Pessoa Idosa da prefeitura de Belo Horizonte, Minas Gerais. Como a pesquisa busca analisar os benefícios gerados para os idosos a partir da participação em práticas educativas, optamos por uma abordagem qualitativa. De acordo com Minayo (2001,p.21-22) a pesquisa qualitativa: "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."

Em relação aos instrumentos de coleta de dados a pesquisa conta com observação e a entrevista semiestruturada. Esta última permite que o pesquisador perceba as minúcias nas respostas e expressões dos entrevistados. Além disso, para Minayo e Sanches (1993)

> é a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos. [...] Elas são tecidas pelos fios de material ideológico; servem de trama a todas as relações sociais; são o indicador mais sensível das transformações sociais, mesmo daquelas que ainda não tomaram formas; atuam como meio no qual se produzem lentas acumulações quantitativas; são capazes de registrar as fases transitórias mais íntimas e mais efêmeras das mudanças sociais. Nestes termos, a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. (MINAYO e SANCHES, 1993, p.245)

Faz se necessário destacar que a pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética tendo sido registrado com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE), número 13897919.7.0000.5149. Destacamos ainda que os nomes usados no texto são fictícios, prezando pelo anonimato dos sujeitos pesquisados.

O texto aqui apresentado vai se centrar em detalhes das observações realizadas na fase exploratória da pesquisa, quando fomos ao Centro de Referência da Pessoa Idosa conhecer as atividades que o espaço ofertava. A discussão aqui centra-se na observação e discussão acerca da atividade de Pintura em tela e também da atividade denominada Troca de saberes.

ISBN 978-65-86901-26-9

# 3 - Resultados e discussão

## 3.1 – Envelhecimento e educação

O Centro de Referência da Pessoa Idosa é um equipamento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e está vinculado à Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa, da Subsecretaria de Direito e Cidadania (SUDC) que compõe a estrutura da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC).

De acordo com o site da própria prefeitura o equipamento oferta programas, serviços e ações, visando à promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa por meio de relações transversais entre políticas sociais, educação, esportes, saúde, e cultura. As ações têm como objetivos promover condições para o envelhecimento mais autônomo, com mais saúde e dignidade, além de favorecer a criação de novas tecnologias no que diz respeitos às abordagens e cuidados com os idosos.

Em relação às atividades ofertadas no Centro de Referência da Pessoa Idosa em Belo Horizontes, observa-se uma grande variedade de opções. Contemplam atividades culturais, esportivas, recreação, aulas regulares, assim como ações como palestras, rodas de conversa e oficinas com temas relacionados ao envelhecimento. Para que essas atividades aconteçam, o equipamento conta com servidores da Subsecretaria de Direito e Cidadania (SUDC) que compõe a estrutura da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), a qual o equipamento encontra-se vinculado, conta também com servidores de outras secretarias municipais, assim como com o trabalho de voluntários e de Organizações Não Governamentais.

Inicialmente foram veirificadas cada uma das atividades educativas ofertadas no Centro de Referência da Pessoa Idosa. O espaço público oferece 24 atividades de forma fixa, previstas semanalmente, de segunda à sexta feira, de 07 às 17hs. Essas atividades têm horários pré definidos e muitas acontecem simultaneamente, em salas ou ambientes distintos. Como exemplo das atividades ofertadas podemos citar: contação de história, Educação de Jovens e Adultos (EJA), pintura em tela, dança cigana, ginástica, dança sênior, teatro, voz e violão, pintura em tecido, dentre outras. Ainda conta com a "Troca de Saberes" que é realizada mensalmente.

Além das atividades que ocorrem de forma sistemática, durante a semana, o equipamento ainda oferece atividades esporádicas como palestras e eventos

ISBN 978-65-86901-26-9

comemorativos. As palestras são com temas relacionadas ao envelheciento e abertas a todos que frequentam o espaço, vão desde temas ligados à saúde e bem estar, à questões vinculadas ao direito do idoso, por exemplo. As festas comemorativas acontecem a cada fim de semestre, além das comemorações relacionadas ao carnaval, festa junina e comemoração do dia do idoso. Nestas festividades são comuns apresentações dos idosos que frequentam algumas aulas do equipamento como por exemplo apresentações de danças, do grupo de teatro, do grupo voz e violão e também do coral. Contam ainda com as exposições de trabalhos realizados pelas turmas da EJA, das aulas de pintura em tecido e pintura em tela.

As diversas atividades educativas ofertadas pelo CRPI tendem a contribuir para uma vida mais dinâmica, mais saudável e mais integrada socialmente.A educação deve ser considerada como um elemento importante na manutenção e até mesmo na ampliação da qualidade de vida de pessoas idosas. Ao se pensar os sentidos da educação nessa fase da vida, concordamos com Teixeira (1968) ao afirmar que a finalidade da educação se confunde com a finalidade da vida:

> A única finalidade da vida é mais vida. Se me perguntarem o que é essa vida, eu lhes direi que é mais liberdade e mais felicidade. São vagos os termos. Mas nem por isso eles deixam de ter sentido para cada um de nós. À medida que formos mais livres, que abrangermos em nosso coração e em nossa inteligência mais coisas, que ganharmos critérios mais finos de compreensão, nessa medida nos sentiremos maiores e mais felizes. A finalidade da educação se confunde com a finalidade da vida. No fundo de todo este estudo paira a convicção de que a vida é boa e que pode ser tornada melhor. É essa a filosofia que nos ensina o momento que vivemos. Educação é o processo de assegurar a continuidade do lado bom da vida e de enriquecê-lo, alargá-lo e ampliá-lo cada vez mais. (TEIXEIRA, 1968,p.11)

Na sequência abordaremos de forma mais detalhada duas das atividades observadas durante a fase exploratória dessa pesquisa de doutorado, ainda em andamento. Nos subitens a seguir buscamos descrever como as atividades acontecem e, ao mesmo tempo, apresentar alguns pontos nos quais elas nos provocaram.

### 3.1 – Aula de Pintura em tela

No primeiro momento em que fomos até a sala, a professora quis saber o que era a pesquisa e disse que veria com as alunas se iríamos poder observar

ISBN 978-65-86901-26-9

as aulas. Percebemos que a professora não parecia muito disposta a ter alguém observando as suas aulas. Depois de conversar com as alunas, ela permitiu que assistíssemos a uma a aula.

Ao explicar sobre a pesquisa que estávamos realizando, no Centro de Referência da Pessoa Idosa, havíamos falado sobre as obseravções de outras atividades, incluindo a turma da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e, nesse momento, a professora fez questão de ressaltar que a sua turma tinha um perfil bem diferente dos estudantes de EJA. Destacou ainda que estudantes tinham formação em cursos superiores, o que as distinguiria da turma da EJA do CRPI, que é uma turma exclusiva de idosos que estão no processo de alfabetização.

Nesse momento, percebemos a relação direta que foi estabelecida entre o tipo de atividade desenvolvida, neste caso, uma atividade de artes plásticas, e o lugar destinado àqueles que não são alfabetizados, ou que possuem um menor grau de escolarização. A afirmação da professora nos leva a interrogar qual é o lugar da arte em nossa soceidade. Nos faz questionar ainda quem tem acesso às artes plásticas, por exemplo, especialmente às artes tidas como mais elitizadas, como a pintura de quadros. A situação chama atenção, especialmente, porque esse tipo de arte não requer nenhuma habilidade de leitura e escrita e não tem nenhum vínculo direto com o nível de escolarização.

Quando nos referimos aos estudantes da EJA, percebemos que a exclusão dos bancos escolares durante tantos anos de suas vidas, faz com que esses sujeitos fossem também excluidos também destas manifestações artísticas, é o que Canda (2012) denomina de analfabetismo estético. Segundo a autora:

> Os espaços destinados à produção e fruição artística vêm sendo negados historicamente às classes populares. Por outro lado, consideramos que a formação para a vivência cultural plena incentiva o gosto e a valorização da obra de arte, como conjunto de conhecimentos simbólicos e culturais. (CANDA, 2012, p. 16).

O fato de nenhum dos estudantes da EJA participar dessa atividade e a fala da professora, ao destacar o perfil escolarizado da turma, nos remete à discussão sobre quem tem acesso aos espaços destinados à arte no país. Em Belo Horizonte, por exemplo, um dos lugares destinados às exposições artísticas se chama Palácio da Artes e fica localizado em uma das principais avenidas do centro da capital mineira. No entanto, poucos são os estudantes das turmas de EJA que, antes da escola, tenham frequentado aquele espaço. Muitos já passaram na porta desse espaço muitas vezes de sua vida, mas aparentemente, não

sentiam que poderiam acessá-lo, até mesmo o nome do espaço, por se tratar de um palácio, pode afastar as classes populares.

Por mais que seja um espaço central, e que, em muitos momentos do ano, ofereça exposições gratuitas, o acesso das camadas populares a esse lugar ainda é muito reduzido. Para Canda (2012,p.16) "espaços destinados à experiências cultural e de apreciação estética como teatros, museus, cinemas, galerias de artes, ocupam ainda lugar de privilégios de classes dominantes."

A falta de acesso a esses espaços e a esses bens culturais, provavelmente também afasta os sujeitos que possuem um menor grau de escolarização dessas atividades. Não há nenhuma restrição formal para matrículas dos idosos que não sejam escolarizados nessa atividade, mas a própria natureza do que se aprende ali, os afasta de sua prática.

A relação com a arte é um processo que se estabelece a partir da aproximação com os objetos artísticos e então, ocorre a ampliação do conhecimento acerca desse tema. O distanciamento desse conhecimento, pode promover algumas lacunas na formação dos indivíduos. É o que apontam Araújo e Oliveira (2015):

> O conhecimento artístico é um aprendizado que se inicia por meio da observação de uma obra. Depois, os interessados precisam dar continuidade a esse conhecimento buscando o contexto da obra, do autor etc. Sabemos que o conhecimento em arte amplia a compreensão do mundo e melhora a capacidade de expressão. (ARAUJO e OLIVEIRA,2015, p.685)

Voltando à descrição da aula de Pintura em tela, percebemos que a turma é pequena e contava com uma média de seis estudantes frequentes. São todas mulheres. A aula é bem individualizada. Cada educanda tem uma tela em sua mesa e a professora vai orientando uma a uma como fazer um determinado efeito em seu trabalho. As telas já estavam sendo pintadas em aulas anteriores e já era possível identificar o que cada uma estava criando. A professora afirmou que a criação das telas passa exclusivamente pela escolha de cada uma das estudantes. Dentre as pinturas havia representações dos filhos, de casas e de algumas paisagens.

Durante o período das aulas as idosas conversavam entre si enquanto pintavam. Contavam histórias pessoais e sobre coisas diversas. A professora também participava da conversa. A integração entre as participantes da atividade era nítida, elas já se conheciam há algum tempo e estabeleceram, até mesmo com a professora, uma relação de amizade.

ISBN 978-65-86901-26-9

A professora nos apresentou algumas fotos de uma exposição que foi realizada por ela e suas estudantes do CRPI intitulada "Mulheres do mundo". Nesta exposição as estudantes fizeram telas que retratavam mulheres famosas e e outras, criadas por elas próprias. Foram exibidas 22 telas em acrílico de autoria das estudantes do curso. A exposição dessas telas já ocorreram no Minas Tênis Clube, na Secretaria Muncipal de Assistência Social, na Secretaria Municipal de Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC e no centro cultural USIMINAS, todos espaços importantes e de grande circulação em Belo Horizonte.

A proposta foi a elaboração de quadros inspirados em personalidades femininas do mundo todo, a partir de um projeto iniciado, pela professora, em fevereiro de 2018. Segundo Campos (2020) o trabalho foi realizado a partir de pesquisa e identificação bibliográfica das personagens que seriam retratadas. Esse projeto também foi possibilitou "elaborar a construção bibliográfica das artistas idosas, potencializando o reconhecimento de suas habilidades e identidade" (CAMPOS, 2020,p.23).

A exposição dos trabalhos em locais diferenciados da cidade de Belo Horizonte valoriza o trabalho das idosas e as levam a sentirem-se mais capazes. É uma oportunidade de se perceberem como artistas e pessoas que têm uma valorização social nesta fase da vida. Assim, pode promover um aumento na autoestima dessas senhoras. É também nesse sentido que apontam os resultados de uma pesquisa sobre habilidades sociais e a autoestima em idosos participantes de grupos de convivência realizada por Ongaratto, Grazziotin e Scortegagna (2016). Segundo as autoras "os principais resultados ratificam a primeira hipótese deste estudo, de que as pessoas que participam de grupos de convivência apresentariam melhor repertório de habilidades sociais e autoestima mais elevada quando comparadas as não participantes de grupos de convivência" (ONGARATTO, GRAZZIOTIN E SCORTEGAGNA, 2016,p.16).

Um outro fator importante a se levar em conta nas aulas de Pintura em tela são as relações estabelecidas pelas idosas durante a realização das atividades. As conversas entre elas demonstraram um grau de amizade e entrosamento que são importantes para essa fase da vida. Também em relação a esse aspecto a pesquisa realizada por Ongaratto, Grazziotin e Scortegagna (2016) nos dizem que "os resultados demonstram, ainda, a importância dos grupos de convivência, por serem um meio que pode motivar interações humanas e contribuir na manutenção e no fortalecimento das habilidades sociais e autoestima" (ONGARATTO, GRAZZIOTIN E SCORTEGAGNA, 2016,p.18).

ISBN 978-65-86901-26-9

Muitas pessoas idosas, após a aposentadoria, geralmente passam por um processo de um certo isolamento social. Somos seres sociais e o trabalho é um dos principais espaços de sociabilidade do adulto, no entanto, a aposentadoria acaba por romper esses laços sociais. O idoso passa, então, a se relacionar mais com as pessoas da família , vizinhos e em espaços religiosos, mas ainda assim, há um sentimento de perda das relações sociais.

No caso da cultura ocidental capitalista, como é o caso brasileiro, o envelhecimento social está relacionado à sua perda de "utilidade" na ordem de produção e essa condição o leva a perder laços sociais importantes o que segundo Zimerman (2002) apud Fechine e Trompieri (2012) modifica o status social[4] da pessoa idosa e as suas formas de relacionamentos pessoais. O autor aponta como causas:

> 1. Crise de identidade: perda da auto-estima, ocasionada pela ausência de papel social;
> 2. Mudanças de papéis: adequações a novos papéis decorrentes do aumento do seu tempo de vida. Essas mudanças ocorrem no trabalho, na família e na sociedade;
> 3. Aposentadoria (reforma): os idosos devem estar preparados para não ficarem isolados, deprimidos e sem rumo;
> 4. Perdas diversas: aqui se incluem perdas no campo aquisitivo, na autonomia, na independência, no poder de decisão, e na perda de parentes e amigos; e
> 5. Diminuição dos contactos sociais: esta redução decorre de suas possibilidades. (ZIMERMAN, 2002 apud FECHINE e TROMPIERI 2012, p.126)

Frequentar centros de convivência, assim como aulas destinadas à pessoas que fazem parte do seu mesmo grupo etário, são formas importantes de reestabelecer relações sociais significativas. Sobre esse tema Assis e Parras (2015) afirmam:

> Dentro dessa perspectiva, os serviços de convivência para idosos têm importante papel para a visão que os próprios idosos têm sobre o envelhecimento. Através de trocas de experiências, do

4 Quanto ao conceito de Status Social JOHNSON (1997,p.382) aponta que " (...) A maioria dos sociólogos, no entanto, define-o simplesmente como a posição ocupada pelo indivíduo em um sistema social. "Esposa" e "marido", por exemplo, são status em sistemas matrimoniais, da mesma maneira que"advogado", "jurado" e "juiz" são status em sistemas judiciários.(...)"

ISBN 978-65-86901-26-9

> envolvimento social e da produtividade, é possível mudar a visão do envelhecimento como momento de declínio e perdas, para uma visão mais otimizada que pode ser usada a favor, não só dos idosos, mas da sociedade como um todo. Assim, a velhice passa a ser entendida como uma fase boa da vida, e não mais temida, no qual incumbia o idoso a potencializar e administrar os ganhos adquiridos com o tempo e atuar na autoconstrução da subjetividade e da identidade positiva e na construção de novas metas compatíveis com os recursos disponíveis. (ASSIS e PARRAS, 2015, p.6)

Assim, percebemos que a prática da atividade Pintura em tela tem trazido benefícios significativos para suas participantes. Esses benefícios passam pela aprendizagem estabelecida por meio da arte, fortalecendo aspectos cognitivos das idosas e uma maior possibilidade se expressar artisticamente. Além desses ganhos mais objetivos, as aulas ainda trazem momentos de prazer ao estabelecer novos laços sociais, e ainda a condição de perceberem-se como capazes de aprender e de produzir nessa fase da vida, aumentando assim a autoestima de cada uma delas.

### 3.2 - Troca de saberes

A atividade é desenvolvida entre os idosos do Centro de Referência da Pessoa Idosa e estudantes do ensino médio de um colégio privado de Belo Horizonte. Trata-se de um colégio confessional que se localiza no mesmo bairro do CRPI. A Troca de saberes acontece mensalmente e há um revezamento entre os espaços para sediar os encontros. Devido a proximidade entre os dois lugares, os participantes podem ir caminhando.

Essa atividade já existe há 10 anos, ou seja, faz parte das atividades desenvolvidas no CRPI desde sua fundação. Iniciou-se nesse colégio com a proposta de estudantes ensinarem novas tecnologias para idosos e estes ensinarem algumas atividades aos jovens como culinária, a passar roupas ou outros saberes práticos para a vida. Sobre os encontros geracionais, Massi et al. (2016) apontam que:

> Portanto, a partir de encontros intergeracionais, os idosos reconhecem que as experiências de pessoas de diferentes gerações, se aceitas e valorizadas, podem promover reciprocidade entre ambas. Pesquisa realizada com jovens estudantes de informática e pessoas idosas comprovou a efetividade no compartilhamento

> de experiências entre as gerações. Os resultados de tal pesquisa indicaram que os idosos foram capazes de reconhecer o valor de suas próprias histórias e que os jovens, responsáveis por repassar os conhecimentos sobre informática, puderam rever percepções negativas que tinham frente aos idosos, além de perceberem o quanto podem ser úteis a essa população que envelhece, auxiliando-a no uso de novas tecnologias (MASSI et al., 2016, p.406).

A participação dos idosos, nessa atividade, se dá por ato voluntário. Eles se inscrevem a cada reunião, na secretaria do CRPI, para a atividade. É afixado no mural de avisos um cartaz falando sobre a Troca de Saberes, com data e local, convidando os usuários a participarem. Dessa forma, não há um grupo pré-definido. Os estudantes participantes também vão por livre adesão. Participam ainda da Troca de Saberes: Júnior, professor do colégio; Francisco, coordenador do colégio e Luana, representante da coordenadoria da pessoa idosa da Prefeitura de Belo Horizonte.

O projeto é realizado com estudantes do ensino médio, sendo a maioria do 3º ano. As reuniões ocorriam quinzenalmente, mas visando não sobrecarregar os estudantes do 3º ano, passaram a ser mensais. As propostas relacionadas às temáticas a serem abordadas nos encontros são definidas em conjunto, entre todos os participantes na reunião atual. Há sempre um lanche coletivo ao final das reuniões, no qual cada um dos participantes colabora com um alimento. Em relação a esse tipo de atividade França, Silva e Barreto (2010) destacam:

> Uma das maneiras que podem aproximar gerações é o desenvolvimento de atividades lúdicas e de caráter social, que possam ecoar dentre os interesses e realidade dos participantes. Assim, tais atividades devem ser complementadas por discussão e a troca de vivências e percepções dos idosos e crianças, facilitadas pelos professores das escolas. (FRANÇA, SILVA e BARRETO,2010, p.525)

A reunião que será descrita aqui aconteceu no colégio e contou com a presença de seis idosas e quatro estudantes do ensino médio, sendo três moças e um rapaz. O tema da reunião foi "jogos" e foi possível perceber que alguns dos participantes levaram brinquedos para serem utilizados durante a atividade. No entanto, a Troca de Saberes não se deu apenas com jogos levados pelos participantes, tendo sido também sugeridas brincadeiras coletivas para a participação de todos.

A atividade aconteceu numa sala de aula do colégio. As pessoas formaram um círculo com as carteiras de forma que todos pudessem se ver. A reinião se

iniciou com a apresentação de cada um dos participantes. Logo depois o professor Júnior perguntou quem iria apresentar o primeiro jogo a ser realizado. Um dos estudantes falou que eles poderiam brincar com o jogo do detetive e explicou as regras da brincadeira. Neste jogo seriam sorteados papéis com a ação de cada um dos que iriam partiticipar. Foram realizadas 3 rodadas dessa brincadeira.

Em seguida, jogaram uma espécie de adedanha mas que não era escrita. Ao se determinar a letra que seria usar na rodada, escolhiam um tema e tinham que falar palavras que relacionadas ao tema, como por exemplo, uma cidade com a letra V. Quem errava ia deixando a brincadeira. Foram realizadas 4 rodadas.

Logo após, propuseram a brincadeira "A palavra é". Alguém dizia uma palavra e as pessoas tinham que cantar uma música com essa palavra. Quando aparecia uma música mais conhecida, as idosas cantavam alto e felizes.

Durante a brincadeira da adedanha, duas idosas participaram pouco. Não conseguimos identificar se o motivo foi por não se lembrarem das palavras correspondentes ou se sentiam intimidadas ou envergonhadas por acabar errando ao falar nomes de países e cidades com determinada letra. Observamos que as respostas exigiam um bom nível de conhecimentos geográficos, já que as respostas deveriam ser bem específicas, caracterizando nome de país ou cidades, não era uma questão mais ampla como por exemplo, responder nome de lugares com a letra v. Quando a brincadeira mudou para nome de pessoas elas participaram mais. Quando a brincadeira " A palavra é", emvolveu músicas, ao contrário, uniu a todos, sem distinções.

Após essas brincadeiras coletivas, as pessoas se levantaram e foram ver os jogos que elas tinham levado de casa. Cada uma apresentou o jogo que havia trazido. Uma idosa levou jogos que brinca com os netos, outra levou um bambolê e mostrou como brincar com ele. Outra senhora pegou o bambolê e mostrou o que sabia fazer também. Uma das estudantes também pegou o bambolê e tentou brincar com ele. As pessoas interagiram com os jogos umas das outras.

Uma das idosas, participantes do CRPI, que se mostrou muito participativa e animada, que afirmou ser gerontóloga, pediu que o próximo encontro fosse com jogos mais animados como: pular corda, queimada, pique-esconde, etc. Todas aceitaram, exceto uma que disse que se fosse atividade de ter que pular e correr ela não poderia participar.

ISBN 978-65-86901-26-9

Percebemos que não se tem uma proposta pré definida do que fazer ou discutir. Não existe um planejamento prévio ou uma diretriz mais elaborada que coordena as ações da atividade de Troca de saberes. As decisões sobre o que vão fazer acontecem nos prórpios encontros, a partir das sugestões do próprio grupo, sendo então, uma construção coletiva. Depois de terem vivenciado trocadas em relação ao tema "tecnologias", estão tentando estabelecer essa troca por meio de outros saberes. Sobre as possibilidades em relação a esse tipo de encontro França, Silva e Barreto (2010) afirmam:

> Os idosos podem ser atualizados, assistidos e apoiados pelos jovens, através de trocas intergeracionais que independem de laços familiares. Os jovens podem ser tutores de pessoas mais velhas em cursos que requeiram tecnologia, conhecimentos recém-adquiridos nas universidades ou mesmo que digam respeito a algo que já faz parte do dia a dia como a inserção digital. Há, portanto, uma gama enorme de alternativas de programas intergeracionais a serem desenvolvidos que propiciem a troca de conhecimentos, afetividade, o resgate de valores e de memória, a quebra de preconceitos e o estímulo a atitudes solidárias e cidadãs. (FRANÇA, SILVA e BARRETO, 2010, p. 524)

No decorrer da reunião, após brincarem com os jogos uns dos outros, voltaram a se sentar em círculo para definirem o que fazer na próxima "Troca de saberes". Ficou decido que seria no próximo mês, no CRPI. Definiram que será realizado um pic nic e que o tema ainda será jogos, mas com s mais dinâmismo como pular corda, queimada, etc.

Observamos nesse momento terem desconsiderado a ponderação de uma das participantes em relação ao tipo de atividades, ou seja, que não conseguiria realizar essas ações. No entanto, apesar de terem desconsiderado a condição de participação de uma das idosas, é interessante notar como se dá o processo de construção coletiva do grupo. O posicionamento dessa senhora demonstra a liberdade que sentem em dizer não a uma determinada atividade. Ao mesmo tempo, as propostas não virem prontas, garantem aos jovens e idosos a possibilidade de opinarem e decidirem sobre que formato a atividade lhes parecerá mais atrativa e prazerosa.

A forma como se organizam os temas que serão geradores das atividades do próximo encontro se aproxima da visão de Paulo Freire. Freire preconiza uma educação dialógica, não impositiva. É a partir dessa construção, em conjunto, que esses sujeitos vão se conhecendo, se reconhecendo, aprendendo a se respeitarem mutuamente e transformando as relações sociais. A construção

ISBN 978-65-86901-26-9

coletiva das propostas permite aos estudantes e idosos envolvidos nas atividades se perceberem como pertencentes ao grupo e, a medida que se conhecem, cada vez mais vão diminuindo preconceitos. Preconceitos esses que são comuns tanto em relação aos idosos, quanto em relação aos jovens em nossa sociedade. A educação, nesse sentido, pode promover mudanças profundas. Segundo Freire (1980):

> é preciso que a educação esteja - em seu conteúdo, em seus programas e em seus métodos - adaptada ao fim que se persegue: permitir ao homem chegar a ser sujeito, construir-se como pessoa, transformar o mundo, estabelecer com os outros homens relações de reciprocidade, fazer a cultura e a história. (FREIRE 1980, p. 39),

No final da reunião foi realizada uma oração. Todos deram as mãos, uma funcionária do colégio fez uma oração falada e rezaram a oração do Pai Nosso. O coordenador do colégio levou uma vasilha que continha vários papéis embrulhados. Cada um tirou uma mensagem que tinha um trecho da bíblia e a leu em voz alta. A Troca de saberes foi finalizada com um lanche coletivo.

Percebemos que a atividade Troca de saberes apresenta ganhos efetivos tanto para os idosos, quanto para os jovens que dela participam. As trocas intergeracionais fazem com que se estabeleçam entre eles a empatia necessária para um convívio mais harmônico socialmente, desfazendo preconceitos. Além disso, essa atividade permite aos idosos construirem e sistemarizrem novos conhecimentos e habilidades, além de sentirem-se socialmente valorizados pelos saberes que podem compartilhar com a juventude.

## Considerações finais

A partir do que foi observado , conclui-se que as ações destinadas aos idosos no CRPI, descritas nesse artigo, corroboram para a promoção do envelhecimento ativo, de acordo com as proposições da OMS. Para essa entididade "Programas e políticas de envelhecimento ativo reconhecem a necessidade de incentivar e equilibrar responsabilidade pessoal (cuidado consigo mesmo), ambientes amistosos para a faixa etária e solidariedade entre gerações"(OMS,2005, p.18).

Assim, a pesquisa colabora com a divulgação de ações nesse sentido, na intenção de promover reflexões acerca das atividades ofertadas e ainda no

ISBN 978-65-86901-26-9

sentido de ampliar políticas públicas que venham gerar mais qualidade de vida para os sujeitos que compõem esse grupo etário.

Além disso, a discussão sobre esse tema pode apontar elementos que despertem o interesse de pesquisadores em mais investigações que relacionem processos educativos com envelhecimento. Sabendo-se do envelhecimento em curso da população brasileira, a discussão acerta dessa temática só contruibui para uma sociedade mais inclusiva e que oportunize momentos de participação, aprendizagem e alegria para as pessoas idosas. Essa atividade pode ainda gerar novos laços afetivos, reativação da memória e ações mais solidárias entre esses diferentes grupos etários.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ARAÚJO, G. C de; OLIVEIRA, A. A. de. O ensino de arte na educação de jovens e adultos. In: *Educação e Pesquisa*. São Paulo, v. 41, n. 3, p. 679-694, jul./set. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ep/v41n3/1517-9702-ep-s1517-97022015051839.pdf Acesso em 28/10/2020

ASSIS, F. S. de e PARRAS, C., R. *Envelhecimento Bem Sucedido e a participação nos serviços de convivência para idosos.* Psicologia PT 2015. Disponível em: https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0847.pdf Acesso em 20/10/2020

BRASIL (1988) *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 29/10/2020

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS.* Disponível em:https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus Acesso em 22/10/2020

CANDA, C. N. *Conscientização e ludicidade na educação de jovens e adultos: revendo caminhos teórico-metodológicos*. Educação Popular, Uberlândia, v. 11, n. 1, p. 10-24, jan./jun. 2012.

CAMPOS, L.F. *As Perspectivas para o Envelhecimento no Diálogo com as Políticas Públicas para Pessoas Idosas na Cidade de Belo Horizonte*. Monografia de conclusão de curso de pós graduação em Gerontologia e Qualidade de vida da Unidade de Ensino e Aprendizagem de Viçosa (UNESAV). 2020

FREIRE, P. *Conscientização: teoria e prática da libertação* – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 4. ed. São Paulo: Moraes, 1980.

QUADROS, I. P.. *Palavras científicas sonhantes em território úmido feito a mão:* a arte popular da canoa pantaneira. 364 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2013.

MASSI, G. S. et. al. *Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos*. In: Revista CEFAC. Março e Abril; p. 399-407. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n2/1982-0216-rcefac-18-02-00399.pdf Acesso em 24/10/2020

MINAYO, M. C. e SANCHES. *O Quantitativo-qualitativo*: oposição ou complementaridade? Caderno de Saúde Pública. p.239-262. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1993000300002&script=sci_arttext&tlng=p t Acesso em 11/10/2020

MINAYO, M. C. S.; (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

TEIXEIRA, Anísio. *Pequena introdução à filosofia da educação: a escola progressiva ou a transformação da escola*. 5.ed. São Paulo: Cia. Editora Nacional, 1968. Disponível em http://www.bvanisioteixeira.ufba.br/eng/livro5/chama_cap2.html Acesso em 22/10/2020

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

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.

# SEXUALIDADE: NARRATIVA DE MULHERES IDOSAS RESIDENTES EM RECIFE/PE

Virginia Lucia Costa Neves
Silvana Maria de Macêdo Uchôa
Cristina Maria de Souza Brito Dias

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo geral compreender as percepções acerca da sexualidade de mulheres idosas residentes em Recife/PE. Especificamente almejou-se: distinguir os significados relativos ao ato sexual e à sexualidade; saber se houve mudanças na esfera sexual relacionadas à idade; e, identificar a existência de mitos ou preconceitos ligados à sexualidade. A base teórica utilizada foi Teoria de Seleção, Otimização e Compensação (Teoria SOC), que tem como fundamento a perspectiva *Lifespan.* Participaram cinco mulheres na faixa etária entre 60 a 75 anos. Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico e uma entrevista com roteiro. Os resultados das entrevistas foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo Temático. Os principais resultados obtidos evidenciaram que: 1) as percepções sobre sexualidade não se restringiram à genitalidade, envolvendo uma dimensão mais sensorial permeada de carinho, encantamento e trocas, havendo mais seletividade na escolha dos parceiros; 2) na atualidade, houve mudanças na esfera sexual compatíveis com as escolhas e a realidade de vida; 3) os mitos e preconceitos apareceram em relação ao próprio status e no contexto da conjugalidade. Diante disso, conclui-se pelo reconhecimento de que a sexualidade uma dimensão importante na velhice e que se expressa de diferentes formas. Espera-se contribuir na ampliação das informações e estudos sobre a sexualidade; auxiliar na desconstrução de preconceitos que têm acompanhado a velhice no contexto social.

**Palavras-chave**: Sexualidade. Ato sexual. Velhice. Preconceito/Ageísmo.

## Introdução

As mulheres representam a maioria da população idosa em todos os continentes do globo. No Brasil, a expectativa de vida dos brasileiros vem aumentando e alcançando uma média ao nascer de 76,3 anos. Entretanto, para as mulheres, estima-se uma longevidade de 79,9 anos, enquanto para os homens é de 72,8 anos, apesar destes valores oscilarem diante das diferenças regionais (REIS; BARBOSA; PIMENTEL, 2016).

A velhice é uma manifestação heterogênea, não se podendo determinar a dimensão deste fenômeno, carecendo, portanto, apontar determinantes significativos durante o curso de vida deste grupo populacional (MAXIMIANO-BARRETO et al., 2019). E, no que tange as mulheres brasileiras, vale ressaltar que durante seu percurso de vida enfrentam desigualdades e desvantagens, tanto nos ambientes familiares, como nos profissionais (UCHÔA, 2016).

Conquanto esteja associada a um período de desvantagens, de doença e limitações, no qual se caminha para a finitude, a pessoa idosa continua possuidora de suas vontades, desejos, pensamentos e sensações, que não desaparecem porque ela envelheceu (FALCÃO, 2016). E neste âmbito, a sexualidade é considerada prognóstico de qualidade de vida (SILVA; RODRIGUES; GONÇALVES, 2020).

Viver por mais tempo só incorpora valor à vida se houver qualidade. Apesar de ser o derradeiro estágio da existência humana, à velhice pode-se agregar maior liberdade de tempo para cuidar do outro e se cuidar, participar de atividades de lazer, sociais e educativas; novas oportunidades de conviver com filhos e netos; possibilidades de reencontrar amigos; permitir-se novos afetos e menos compromissos (FRUETT, 2015).

A sexualidade é compreendida como "experiência", não é um fenômeno estático e definitivo, resulta da história, da cultura e da subjetividade, tendo uma multiplicidade de modos de externar e vivenciar o prazer (FOUCAULT,1998). Assim sendo, é multidimensional e complexa. Pode ser demonstrada a partir da influência mútua e manifesta-se nas relações sociais por meio da corporeidade que permeia a vida humana. Desta forma, a sexualidade pode ser distinguida do sexo, uma vez que ele representa apenas um dos modos de expressar o amor humano (UCHÔA, 2016; SILVA; OLIVEIRA, 2013).

O corpo e a sexualidade das pessoas idosas, vistos pelas lentes sociais, são demarcados por imagens e papéis, ditados pelos parâmetros culturais,

ISBN 978-65-86901-26-9

econômicos e políticos que revelam uma gradação de configurações comportamentais sobre a sexualidade, incluindo a sexual (DANTAS et al., 2017; OLIVEIRA, 2019). Neste cenário a sexualidade traz na bagagem cultural e social mitos e preconceitos, ainda bastante arraigados (OLIVEIRA; VIEIRA, 2018).

Muitos fatores interferem nos envolvimentos e nas expressões afetivas entre idosos. Preconceitos, negação da sexualidade e julgamentos inapropriados, ainda estão vigorosamente presentes e são mais resistentes no seio familiar (OLIVEIRA et al., 2016). Os mitos e os preconceitos, com relação a sexualidade afetam de forma mais incisiva as mulheres idosas, fazendo com que, muitas vezes, essas mulheres fiquem intimidadas para usufruir de sua vida de forma plena. Isto acontece, especialmente, em virtude das alterações fisiológicas causadas pelo envelhecimento, pelas características do próprio indivíduo, pelas normas religiosas e repressões familiares que vão reforçar este estigma social (OKUNO et al., 2014., CREMA; DE TILIO; CAMPOS, 2017).

Outro fator importante, em relação a mitos e preconceitos que circundam a sexualidade da pessoa idosa está atrelada a ideia de desinteresse sexual, acarretando uma precariedade na educação e promoção em saúde, bem como das campanhas de prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) nessa população, mostrando quão tênue é a compreensão acerca da sexualidade dos idosos (SOUZA et al, 2015., ALENCAR et al, 2014., MASCHIO et al, 2011).

O referencial teórico fundamentou-se em dois estudos do psicólogo alemão Paul B. Baltes (1939 - 2006). Um, sobre padrões evolutivos e plasticidade do desempenho cognitivo que caracterizou o envelhecimento numa perspectiva de desenvolvimento psicológico ao longo de toda a vida *(lifespan*), no qual adota conceitos de plasticidade e capacidade de resiliência (FONTES; NERI, 2015; SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012). Outro, no modelo teórico da Teoria de Seleção, Otimização e Compensação (Teoria SOC), proposta na década de 1980, segundo a qual "os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre recursos da pessoa com os recursos do ambiente, em um regime de interdependência" (NERI, 2006, p. 21)

Na perspectiva *Lifespan* o desenvolvimento ocorre a partir do que o indivíduo é e dos aspectos comuns para os membros de determinado grupo social, num processo contínuo, multidimensional e multidirecional que sofre várias influências. As influências se dividem em normativas e não normativas. As normativas podem ser ontogenéticas (mais homogêneas entre os sujeitos,

graduadas pela idade e fase da vida) e históricas (previsíveis e estão associadas a um caráter universal de ocorrência, mudanças biossociais); as não normativas não são previsíveis (eventos pessoais não esperados, doenças graves, perdas precoces ou ganhos inesperados) (BALTES; REESE; LIPSITT, 1980; LIMA; COELHO, 2011; NERI, 2006).

O envelhecimento bem-sucedido, na perspectiva *Lifespan,* baseia-se no processo de adaptação, que vai moldando ativamente a sequência dos acontecimentos, desde os primeiros anos de vida, e segue em um contínuo (FREIRE et al., 2012).

A proposição da Teoria SOC, argumenta que os ganhos e as perdas evolutivas são resultantes da interação entre recursos da pessoa com os recursos do ambiente, em um regime de interdependência" (NERI, 2006, p. 21).

O modelo teórico SOC, evidencia às estratégias de enfrentamento utilizadas ao longo da vida, para suportar as transformações físicas, mentais e sociais, especialmente, aquelas que vão da fase adulta até a finitude (FREIRE; RESENDE; RABELO, 2012). Tem como objetivos descrever o desenvolvimento do indivíduo como um todo (infância à velhice) e estabelecer o manejo entre as mudanças internas e externas, com base nos recursos físicos, psicológicos e sociais da pessoa, de modo a maximização dos ganhos e minimização das perdas (NERI, 2006; SCHULZ; HECKHAUSEN, 1996).

Nesta visão, a velhice bem-sucedida ocorre na manutenção de competências, em diversos domínios de funcionamento, na administração de oportunidades (selecionados e otimizados) e no gerenciamento das perdas (compensação), respeitando os limites de plasticidade e as condições do indivíduo, numa readaptação proporcional ao surgimento de restrições. Entretanto, a descoberta de novos domínios ou a transformação dos já existentes podem gerar respostas satisfatórias (SCHULZ; HECKHAUSEN, 1996; SCORALICK-LEMPKE; BARBOSA, 2012).

Este estudo é um recorte da dissertação de mestrado intitulada "Sexualidade: (re)descobrindo possibilidades na(s) velhice(s)". Neste formato, baseou-se nas narrativas das participantes do sexo feminino e teve como objetivo geral compreender as percepções acerca da sexualidade de mulheres idosas residentes em Recife/PE. Especificamente almejou-se: distinguir as significados relativos ao ato sexual e à sexualidade; saber se houve mudanças na esfera sexual relacionadas à idade; e, identificar a existência de mitos ou preconceitos ligados à sexualidade.

## Método

Tratou-se de um estudo de caráter qualitativo, descritivo e transversal que permitiu explorar os valores subjetivos, relativos à sexualidade, dentro de um grupo social específico, realizado numa Instituição de Ensino Superior, na região central da cidade de Recife/PE, na qual ocorrem eventos mensais dedicados às pessoas idosas e foi financiada pelos autores.

A amostra foi intencional, formada por cinco mulheres idosas, entre aquelas que vivenciavam problemas semelhantes, por estarem na mesma fase de vida. Os critérios de inclusão foram: ter entre 60 e 75 anos, considerando a primeira fase da velhice entre 60 e 74 anos (velhos-jovens) e o início da segunda fase (velhos-velhos, entre 75 e 84 anos) (PAPALIA, OLDS, FELDMAN, 2006); ter frequentado o programa mensal supracitado, espaço de lazer e debates acerca do envelhecimento e velhice, no qual a sexualidade foi tema recorrente; estar apta cognitivamente e disponível para participar e responder a pesquisa. Não foram controlados: estado civil, condição socioeconômica, profissão escolaridade e religião.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: um questionário sociodemográfico composto por perguntas relativas a: nome, idade, estado civil, número de filhos, religião, escolaridade, renda familiar e lazer principal; um roteiro de entrevista semiestruturada com sete questões elaboradas pela pesquisadora, com foco nos objetivos da pesquisa, sobre as quais a participante discorria com liberdade de resposta.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE nº 073228919.9.0000.5206. As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, pela pesquisadora e informadas sobre o objetivo da pesquisa, o caráter sigiloso com que os dados seriam tratados, a garantia do anonimato e sobre a gravação para posterior digitação das informações. Com as cinco mulheres que aceitaram participar foi agendado um dia e horário num espaço de atendimento psicológico dentro da instituição.

Conforme o acordado, a entrevista teve início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e deu-se início a gravação da entrevista.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo, considerada a forma usual e abrangente de representar os dados no campo da investigação social qualitativa constituída por

ISBN 978-65-86901-26-9

procedimentos sistemáticos, num conjunto de técnicas que objetivam o conteúdo das comunicações (BARDIN, 2011; MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa viabiliza os dados para se chegar à compreensão das relações entre os atores sociais e as situações (CÂMARA, 2013). Fato este, corroborado por Minayo (2014) quanto a potencialidade deste método estudar as relações, as representações, as crenças, as percepções e as opiniões, como resultado das interpretações pessoais e das vivências, além de registrar seus legados. O que é respaldado por Turato (2005) quando se refere ao método como um modelo de entendimento invisível ao olhar comum, proporcionando uma compreensão profunda das ligações entre os elementos.

Esta abordagem se caracteriza por três etapas, as quais foram obedecidas. Inicialmente foi feita a pré-análise (fase da organização) objetivando o conhecimento e a organização dos conteúdos. Seguiu-se a exploração do material (busca das categorizações) fase mais longa, em que se intenta reduzir textos em palavras, ou expressões significativas. Finalmente, o tratamento dos resultados (inferência e interpretação), interligando com o quadro teórico que subsidiou a pesquisa ou abriu novas perspectivas teóricas de interpretação (BARDIN, 2011; MINAYO, 2014).

Os entrelaçamentos do conjunto de etapas podem ser visualizados numa composição das intenções e ações da análise de conteúdo, conforme demonstrado no Quadro 1.

**Quadro 1** - Análise de Conteúdo, conjunto das etapas

| ETAPAS | INTENÇÕES | AÇÕES |
|---|---|---|
| **1ª etapa**<br>Pré-análise | • Resgatar o objeto e o objetivos da pesquisa.<br>• Iniciar a escolha dos documentos.<br>• Definir indicadores para a análise: definição das unidades de registro – palavras-chave ou frases; e de unidades de contexto (se necessário). | • Leitura flutuante: primeiro contato com os textos, captando o conteúdo de forma genérica, sem grandes preocupações técnicas.<br>• Estruturar o corpus: seguir normas de validade:<br>1. Exaustividade – dominar o roteiro;<br>2. Representatividade – acercar-se do universo pretendido;<br>3. Homogeneidade – dar coerência interna aos conteúdos técnicos e aos interlocutores;<br>4. Pertinência – adequar o objeto e o objetivo do estudo. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| **2ª etapa** Exploração do material | Citar os índices de elaboração de indicadores - recortes de texto e categorizações.<br>• Preparar e explorar o material – alinhamento. | • Seccionar o texto em unidades/categorias – inventariar (isolamento dos elementos).<br>• Reagrupar por categorias para análise posterior – classificação (organização das mensagens a partir dos elementos repartidos). |
| **3ª etapa** Tratamentos dos dados e interpretação | • Interpretar dos dados brutos (falantes).<br>• Organizar quadros de resultados, pondo em relevo as informações fornecidas pelas análises. | • Inferir com uma abordagem variante/qualitativa, trabalhando com significações em lugar de inferências estatísticas. |

**Fonte:** Souza et al. (2010).

## Resultados e Discussão

Todas as participantes tinham independência e autonomia, cognição preservada e frequentavam regularmente eventos oferecidos para esta faixa etária. Entre elas, três moravam sozinhas, três desenvolviam atividades intelectuais e duas atividades beneficentes. Uma vivia com o esposo e duas referiram ter companheiros. Apenas uma não tinha filhos. O quadro 2 traz alguns dos aspectos sociodemográficos que caracterizam as participantes.

**Quadro 2 –** Caracterização dos participantes

| **Participantes Idade** | **Estado civil** | **Filhos** | **Religião** | **Escolaridade** | **Renda em Sal. Mínimo** | **Lazer principal** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Participante 1 60 | Viúva | Sem filhos | Católica | Superior completo | 12 S.M. | Viajar Dançar |
| Participante 2 63 | Solteira | 1 (1M) | Espírita | Superior completo | 15 S.M. | Viajar Dançar |
| Participante 3 69 | Solteira | 4 (4H) | Católica | Médio completo | 4 S.M. | Voluntariado Artesanato |
| Participante 4 75 | Casada | 3 (2H/1M) | Católica | Médio incompleto | 4 S.M. | Costurar Ir à missa |
| Participante 5 75 | Divorciada | 3 (3H) | Espírita | Superior completo | 3 S.M. | Ler Caminhar |

Legenda: H - homem M - mulher S.M - Salários mínimos

Fonte: Dados da pesquisadora

A partir das análises das entrevistas foram ordenadas três categorias temáticas para atender os objetivos e permitir a discussão sobre os significados

ISBN 978-65-86901-26-9

relativos ao sexo e à sexualidade; as mudanças na esfera sexual relacionadas à idade; os mitos e preconceitos ligados à sexualidade.

As interpretações seguiram os pressupostos da perspectiva *Lifespan* e da Teoria SOC considerando o percurso da sexualidade ao longo da vida e as estratégias de compensação utilizadas nesta fase. As mudanças inevitáveis ao tempo vivido se alicerçam no contexto social de cada indivíduo, que guarda as informações transmitidas pela ciência, embora incorpore inverdades decorrentes de mitos e preconceitos transmitidos culturalmente.

## Significados relativos ao sexo e à sexualidade

Os dados obtidos nesta categoria evidenciaram diferentes significados acerca do sexo e da sexualidade e apontaram que todas as participantes nestes contextos etários ampliaram o olhar em torno da sexualidade, atribuindo ao sexo uma ação ligada à genitalidade. Nominaram uma extensão dos significados pela desobrigação do sexo como ato, para a vivência da sexualidade, ainda que, essa compreensão não seja plenamente percebida (Participante 4). Entretanto, três (Participante 1, 2 e 3) expressam fronteiras bem definidas em relação aos termos e aos sentimentos. O carinho, a proximidade, a demonstração de afeto apareceram na narrativa da Participante 4 e 5 (ambas com 75 anos) como atitudes suficientes e compensadoras, ainda que na ausência de sexo, mas denotaram acontecer em decorrência da relação afetiva desenvolvida ao longo da vida. Para a Participante 4 a vivência da dimensão sexual, atividade sexual, estava relacionada as pessoas jovens e na sua perspectiva a simples demonstração de carinho substituiria o desejo levando-o para uma esfera mais subjetiva e sensitiva. Assim, a sexualidade aparece ocupando uma dimensão subjetiva singular, compatível com a realidade de cada contexto, nos quais foram vivenciadas, como descrito a seguir:

> *"... O sexo vinha muito misturado com a sexualidade e não sabia definir... não tinha concepção entre sexualidade e sexo... Hoje estar junto pode ser, extremamente interessante, um ato de sexualidade maravilhoso e não obrigatoriamente uma relação sexual"* (Participante 1, 60 anos).

> *"... sexo é só o ato... sexualidade é carinho, trocas, afeto... Não muda nada com a idade, agora precisa ser com a pessoa certa... Hoje, nem sempre o objetivo é a prática sexual, precisa do carinho"* (Participante 2, 63 anos).

ISBN 978-65-86901-26-9

> *"... o ato sexual em si é muito banal pra mim, pode fazer o sexo por fazer... sexualidade*
>
> *uma coisa que está em você... Dizem que com o tempo, tudo é que nem arroz com feijão, mas não é assim, cada vez tinha que ser mais bonito, porque você conhece mais a pessoa, né... tinha que se tratar mais de um ato de amor"* (Participante 3, 69 anos).
>
> *"... o sexo, especialmente para o jovem, é necessário, é uma coisa prazerosa, muito boa... meu marido foi meu primeiro namorado estamos juntos há 57 anos... hoje, eu queria que ele, já que não tem mais ereção, me fizesse um carinho, um cheiro, um abraço, um agrado... hoje ele é arisco"* (Participante 4, 75 anos).
>
> *"... sexo é um atributo dos seres animais racionais e irracionais... sexualidade é o enamorar-se, já é uma expressão... Quando ouve a voz da criatura o coração dispara... se aplica às pessoas, dependendo de como viveram* (Participante 5, 75 anos).

Sexo e sexualidade são termos que se sobrepõem na sociedade. São temas ignorados ou pouco discutidos, apesar da sexualidade ser um aspecto essencial para os seres humanos e sua manifestação fazer parte de uma dinâmica natural, conforme Gomes et al. (2018). A principal fonte de informações sobre sexo e sexualidade da atual geração de idosos, na maioria das vezes, foram obtidas através dos amigos ou da prática pessoal (UCHÔA et al. 2016).

Nesta etapa da vida, a sexualidade se faz presente, entre expressões e sentimentos, que não estão ligados à idade, tende a adquirir amplitude de percepção, ultrapassando a corporeidade, como argumentam Oliveira e Vieira (2018). Manifestam-se de forma singular e não se limitam à genitalidade, corroborando com Araújo (2015) e Rozendo e Alves (2015).

No que se refere às estratégias utilizadas para maximizar ganhos (resultados desejados) e minimizar perdas (resultados indesejáveis) em relação à sexualidade, as influências normativas graduadas pela idade, referidas pela Teoria *Lifespan* pontuam a plasticidade ao lidar com situações novas e a Teoria SOC na seleção e otimização dos recursos em busca de compensação (BALTES et al., 1980; FREIRE, et al., 2012).

O componente sexual associa-se às expressões emocionais nos longevos e a qualidade de vida tem relação com o bem-estar percebido, envolve comunicação sensibilidade e criatividade (CAPODIECI, 2000). No que Gomes et al. (2018) corroboram e acrescentam dizendo que a sexualidade se expressa afetivamente e o desejo se reinventa, para expressar alegria por estar vivo.

## Mudanças na esfera sexual relacionadas à idade

As narrativas, deste tópico, circunscreveram as vivências do grupo estudado e ressaltaram o modo particular de se comunicar e expressar sentimentos e necessidades, além de externalizar as mudanças que foram introjetadas.

Diante da ausência de reciprocidade afetiva, negadas pelo esposo às tentativas de aproximação e demonstrações de carinho, os sentimentos expressados pela Participante 4 revelaram sua frustração, fazendo com que esta energia "sexualidade" fosse redirecionada na direção de trabalhos voltados para os filhos e os netos, para manter-se ativa e compensada. Da mesma forma, o fato de não compartilhar uma sexualidade afetuosa e íntima com outra pessoa, a Participante 5, também redirecionou suas energias no envolvimento de ocupações positivas, doando seu tempo em trabalhos altruístas, recriando suas expressões emocionais no contato com as pessoas.

A situação de viuvez pode representar inumeráveis mudanças na vida da mulher idosa, que perpassam pelas esferas físicas, emocionais e sociais. A narrativa da Participante 1 trouxe sua satisfação ao redescobrir uma nova parceria amorosa, com quem estabeleceu uma relação, com mais prazer físico e emocional, quando comparada aos anos anteriores à viuvez, ao contrário de muitas mulheres que, vivenciando este *status* social, escolhem se manter sozinhas. Por outro lado, a Participante 2, apesar de não ter companheiro se permite desfrutar a vida, enquanto espera o homem dos seus sonhos, numa exposição clara de que os desejos relativos à sexualidade acompanham a pessoa em todos os ciclos da vida. Já a Participante 3 revelou que não se privou da ausência de parceiro para sentir prazer sexual, selecionou, otimizou e compensou a falta com um dispositivo mecânico, visto não ter encontrado uma pessoa que considerasse adequada para si, como descrito nos relatos a seguir:

> "*... quando você tem um parceiro criativo, que também gosta das mesmas coisas que você, ele sabe como despertar em você determinadas coisas. Comparando meus últimos anos de casada, eu tinha menos vida sexual do que tenho atualmente*" (Participante 1, 60 anos).
>
> "*... a única coisa que tenho hoje são amizades, mas vida amorosa não tenho... Adoro dançar e toda noite estou dançando nos bailes, mas eu danço comigo. Fico a noite toda sozinha ao lado da mesa... algumas vezes danço com uns senhores... Eu tenho um sonho... encontrar um parceiro, um homem honrado, honesto, que não seja ciumento, acima de tudo livre*" (Participante 2, 63 anos).

ISBN 978-65-86901-26-9

> *"... me dei conta que não estava encontrando um parceiro como eu queria, comecei a praticar o sexo com um vibrador e me dei bem, bem mesmo... Eu me amo e não vou pegar qualquer um... Acho que tô ficando meio doida, de tanto fazer sozinha"* (Participante 3, 69 anos)
>
> "*... como eu tive ele muito presente, nesse sentido, aí é que eu sinto falta... Quando vou fazer um carinho ele diz que tá doendo aqui, uma dor não sei aonde, ah!... como quem está fugindo... Meu marido tem 84 anos... Tem tantas pessoas com mais idade e sexualmente está ativo, na medida do possível... Hoje eu me ocupo com a casa, meus netos e costuro algumas coisas para minhas filhas*" (Participante 4, 75 anos).
>
> "*... Eu não tenho parceiro amoroso... No meu pensamento, tenho tanta ocupação, me envolvo com tanta coisa... O fato de morar só, a coisa pode degringolar, pra outra coisa bem diferente... vai ficando depressiva, enjoada e a minha tendência, para estar com os outros, sempre foi muito grande... eu faço disso toda a ocupação do meu tempo, do emocional e não dou lugar para minhas expressões individuais*" (Participante 5, 75 anos).

As participantes expressaram adequações dentro das suas realidades, exibindo a plasticidade comportamental amparada pela perspectiva *Lifespan,* além de demonstrarem as estratégias de seleção, otimização e compensação, compatíveis com a Teoria SOC. Na velhice, este aporte estimula a alocação de recursos internos e externos na administração das perdas e ganhos, diante das restrições advindas do tempo vivido e do ambiente, visando compensação.

A seletividade acontece em paralelo à diversidade conhecida ou experienciada, enquanto a primeira aumenta ao longo da vida, a segunda diminui gradativamente (SCHULZ; HECKHAUSEN, 1996). Em contrapartida, na velhice a seletividade emocional tende a aumentar devido a diminuição normativa dos níveis de alerta e da intensidade emocional das respostas, que, neste aspecto, passa a ser compatível com o instrumental biopsíquico das pessoas (NERI, 2006).

Numa velhice saudável, a liberdade dos compromissos laborais pode apresentar-se como oportunidades para aquisição de conhecimento e o engajamento em movimentos sociais, espirituais, ou de lazer (PONCIANO et al. 2019). Neste sentido, as atividades promovem a manutenção das habilidades cognitivas e favorecem a socialização. (SCORALICK-LEMPRE; BARBOSA, 2012).

## Mitos e preconceitos ligados à sexualidade

Este cenário apresentou algumas das dificuldades enfrentadas pelos idosos. A narrativa da Participante 3 evidenciou o mito da assexualidade, especialmente nas mulheres de mais idade. O sexo, nesta fase e a sexualidade, embora sejam um aspecto importantes e estejam presentes geram medos e 'pré-conceitos' incorretos, em grande parte, em relação ao próprio *status*. Na narrativa da Participante 4, o comportamento do marido sugere um prejuízo de valor em relação a sexualidade, ou ausência de investimento na relação, seja por desgaste, seja por desconhecimento ou medo de se permitir ao novo. A internalização de mitos ou preconceitos, em relação à sexualidade na velhice, extrapola o nível intelectual, particularmente se for considerado a época, na qual se estruturou estes conceitos, como pode ser visto a seguir:

> *"... às vezes, quando você quer tocar num assunto desses, a maioria das mulheres, principalmente as de mais idade, dizem que a gente não deve nem pensar mais nisso... como não pensar se está presente, pulsando no meu corpo... só acho que existe vergonha de comentar o que sente, os prazeres, a falta de um carinho mais profundo, acho que falta isso nas pessoas da terceira idade"* (Participante 3, 69 anos).

> "*... meu marido estudou, fez curso superior, mas tem a mente muito fechada... O homem tem que ter aquele "orgulho" né, se aceitar o carinho pensa que a gente tá querendo tudo, justo é isso... na minha situação, a gente tem que e conformar... meu marido te 84 anos... tem tantas pessoas com amis idade e sexualmente está ativa, na medida do possível"* (Participante 4, 75 anos).

Malgrado as disfunções naturais à idade, os mitos e preconceitos incorporados ao longo da vida tendem a interferir negativamente, na sexualidade dos senescentes. Uchôa et al. (2016), num estudo realizado com 200 idosos, observou que a sexualidade sofre influência do processo histórico, da educação, das doutrinações religiosas e das informações passadas de geração a geração. Neste aspecto, Souza et al. (2015) pontuam que as mulheres são marcadas por conceitos latentes na sociedade, como o medo da ridicularização ou de rotulações.

Os benefícios da atividade sexual à qualidade de vida, quando adaptada à realidade de cada pessoa na velhice pode compensar perdas, pertinentes à idade, mas tende a enfrentar preconceitos, especialmente, dentro da conjugalidade.

ISBN 978-65-86901-26-9

Bevilaqua et al., (2019) apontam que, um dos principais fatores que inibem a sexualidade dos idosos é a falta de informações

## Considerações finais

A sexualidade na velhice só poderá ser vivida de forma plena e igual a qualquer outra fase da vida, quando passar a ser vista sem as estigmatizações e preconceitos perpetuados ao longo da história. Longe disso, ainda alberga a ideia de desencantamento e obscuridade. A mudança destes paradigmas só terá lugar, através da educação, conscientização e comprometimento sociopolítico para com os atuais idosos e as novas gerações.

Por ser considerada uma época de declínio, de limitações, de aparecimento de doenças, da perda do viço retratado na juventude, da assexualidade, ainda se apresenta como impedimento à manutenção, busca, ou restauração de desejos, de novos ou antigos projetos e sonhos, tendo em vista, que 'teoricamente" o caminho só promete a finitude. Todavia, a finitude, a doença e as vicissitudes de toda ordem acompanham o ser humano desde sua concepção e se manifestam de várias formas, em qualquer tempo e lugar.

No que se refere a perspectiva *Lifespan,* seus pressupostos atribui a manutenção da plasticidade, capaz de promover contínuos ganhos e aprendizagens ao longo do curso da vida, ao mesmo tempo que, a Teoria SOC defende as constantes estratégias de seleção, otimização e compensação no gerenciamento de ganhos e perdas, especialmente na velhice, priorizando concepções otimistas que procuram sustentar as mudanças, bem como subsidiar potencialidades e possibilidades enquanto se vive.

O contexto do grupo estudado, apontou nuances desta diversidade de pensamentos, comportamentos e possibilidades, visto que, apesar de estarem próximas geograficamente, cada uma das participantes caracterizou a singularidade pessoal, emocional e social imprimidas pelas vivências ao longo dos anos vividos. Sob outro aspeto, ficaram sinalizadas as distinções de percepção e de significado acerca da sexualidade e do ato sexual, as mudanças e adaptações na esfera sexual decorrentes à idade, os sentimentos, os desejos, as frustrações, os preconceitos vivenciados e algumas das estratégias adotadas para minimizar as ausências e perdas referentes a sexualidade.

Por outro lado, as limitações deste estudo foram relativas: ao tamanho da amostra; retratar apenas uma camada social; serem residentes em área urbana;

ISBN 978-65-86901-26-9

terem completa autonomia e independência cognitiva, física e financeira e, finalmente, contarem com a idade máxima de 75 anos.

Esta temática, apesar de inúmeros estudos realizados, apenas inicia sua repercussão e discussão, tem muito a ser explorado pelas academias e muito a ser trabalhado junto aos senescentes. Nesse âmbito, faz-se necessário intensificar as pesquisas sobre a sexualidade na velhice, em suas diversas facetas e incrementar a diligência de intervenções psicoeducativas sobre a sexualidade, entre as pessoas idosas e junto a população mais jovem, dentre outras.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALENCAR, D. L. et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3533-3542, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03533.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

ARAÚJO, A. C. F. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **UNILUS Ensino e Pesquisa,** Santos, v. 12, n. 29, p. 35-41, out./dez. 2015. Disponível em: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/689/u2015v12n29e689>. Acesso em: 10 set. 2018.

BALTES, P. B.; REESE, H. W.; LIPSITT, L. P. Life-span developmental psychology. **Annual Review *of* Psychology**, Palo Alto, Califórnia, n. 31, p. 65-110, 1980. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.ps.31.020180.000433>. Acesso em: 10 set. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. 2011. 279 p. Título original: L'Analyse de contenu. ISSN 9788562938047

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

CAPODIECI, S. **A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos.** Bauru: EDUSC. 2000. 235 p.

CREMA, I. L.; DE TILIO, R. Representações da menopausa para a sexualidade de idosas: revisão integrativa de literatura. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 3, n. 753-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n3/1982-3703-pcp-37-3-0753.pdf>. Acesso em: 10 out. 20119.

DANTAS, V. et al. Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. **Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde,** Vitória, v. 19, n. 4, p. 140-148, 2017.

Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19814/13235>. Acesso em: 10 set. 2018.

FALCÃO, D. V. S. Amor romântico, conjugalidade e sexualidade na velhice. In FREITAS, E. V., & PY, L. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 2016. P. 1498-1507

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1479-1495, 2015. Disponível em:<https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/pt_1413-8123-csc-20-05-01475.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

FOUCAULT, M. (1988). **História da sexualidade 1: a vontade de saber**.12 ed., Vol.1. Rio de janeiro: Edições Graal.

FREIRE, S. A.; RESENDE, M. C.; RABELO. D. F. Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. **Perspectivas em Psicologia**, Uberlândia, v. 16, n. 1, p. 190-211, 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/27556/15110>. Acesso em: 30 set. 2018.

FRUETT, A. C. **Longeviver: o inconsciente no declínio da vida**. Fortaleza: Premius. 2015. 195 p.

GOMES, R. M. et al. Sexualidade na terceira idade: as representações sobre sexo. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Crato, 2(40), 939-955. 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1168/1697>. Acesso em: 10 set. 2019.

LIMA, P. M. R.; COELHO, V. L. D. A arte de envelhecer: um estudo exploratório sobre a história de vida e o envelhecimento. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n.1), p. 4- 19, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000100002>. Acesso em: 10 set. 2018.

MASCHIO, M. B. M. et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha**

**de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/21.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

MAXIMIANO-BARRETO et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais,** Aracaju, v. 8, n. 2, p. 239-252, ago. set. out./2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/6076/3668>. Acesso em: 30 out. 2020.

MINAYO, M. C. S. (). *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 3 ed. São Paulo: Hucitec. 2014. 407 p.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

OLIVEIRA, E. et al. Mitos e verdades sobre o envelhecimento: percepções dos idosos. **Revista Intercâmbio,** Montes Claros, VII, p. 68-89, 2016. Disponível em: <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/86/74>. Acesso em: 10 set. 2018.

OLIVEIRA, F. F. F.; VIEIRA, K. F. L. Sexualidade na longevidade e sua significação em qualidade de vida. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 103-109. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v29i1.46>. Acesso em: 30 set. 2018.

OLIVEIRA, K. F. O corpo e a sexualidade na terceira idade: um olhar sobre como vem se lidando com essa dimensão da idade. **Revista Gestão, Educação, Tecnologia e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 42-66, 2019. Disponível em: <https://ojs3x.gets.science/index.php/gets/article/view/14/artigo>. Acesso em: 30 out. 2018.

OKUNO et al. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 30, n. 7, p. 1551-9, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1551.pdf>. Acesso em 30 out. 2020.

PAPALIA, D. E., OLDS, S. W., & FELDMAN, R. D. (2006). **Desenvolvimento humano** 8 ed. Porto Alegre: Artmed.

PONCIANO, E. L. T. et al. Aprendendo a viver ao longo da vida: desafios de pesquisa sobre a construção da pessoa. **Semina: Ciência Sociais e Humanas**, Londrina, v. 40, n. 1, p. 139-142. 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-54432019000100010&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 set. 2018.

REIS, C.; BARBOSA, L. M. L. H.; PIMENTEL, V. P. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 87-2016. Disponível em: <https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/handle/1408/9955>. Acesso em: 10 nov. 2018.

ROZENDO, A. S.; ALVES, J. M. (). Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 95-107, 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26210/18869>. Acesso em: 10 set. 2018.

SCHULZ, R.; HECKHAUSEN, J. A. life span model of successful aging. **American Psychologist,** Washington, v. 51, n. 7, p. 702-714, 1996. Disponível em: <http://psycnet.apa.org/record/1996-04968-003>. Acesso em: 30 out. 2018.

SCORALICK-LEMPKE, N. N.; BARBOSA, A. J. G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n. 29 (Suppl. 1), p. 647-655. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>. Acesso em: 10 set. 2018.

SILVA, R. M.; RODRIGUES, B. B.; GONÇALVES, L. S. A sexualidade na terceira idade sob a perspectiva dos idosos atendidos num ambulatório de psicogeriatria do Distrito Federal. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 6273-6292, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n2-071>. Acesso em: 10 set. 2018.

SOUZA, M. B. M. JR.; MELO, M. S. T.; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa

qualitativa em educação física escolar. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 31-49, 2010. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/11546/10008>. Acesso em: 10 jul. 2020.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

UCHÔA, Y. S., Costa, D. C. A., Silva, I. A. P. S., Jr., Silva, S. T. S. E., Freitas, W. M. T. M., Soares, S. C. S. (). A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 939-949. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.150189>. Acesso em: 10 set. 2018.

# PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS LONGEVOS

Bruna da Silva Vieira Capanema[1]
Felipe Fank[2]
Giovana Zarpellon Mazo[3]

**Resumo:** A população longeva vem aumentando em todo mundo. Junto a esse aumento, cresce a prevalência de fragilidade, que afeta diretamente as aptidões físicas, como força muscular, mobilidade, coordenação, equilíbrio e resistência aeróbia. Destaca-se também a diminuição do nível de atividade física e da capacidade funcional neste cenário. Diante disto, a intervenção por meio do exercício físico com idosos longevos é capaz de melhorar questões relacionadas à fragilidade, assim como diminuir os impactos dos declínios nas aptidões físicas. O objetivo deste estudo é descrever e discutir a prescrição e orientação de atividade físicas para idosos longevos, pessoas com 80 anos ou mais de idade, sob o ponto de vista teórico. Para a revisão narrativa, a busca foi realizada em livros, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais e em documentos de órgãos governamentais e sociedades científicas sobre recomendações de atividade física para idosos. Os materiais consultados foram analisados qualitativamente e interpretados pelos pesquisadores. Nos resultados é possível verificar sugestões de avaliações e prescrições de treinamento, com as principais características de atividade física para idosos longevos, além dos conceitos das aptidões físicas e as principais alterações decorridas com o envelhecimento. A literatura científica é pobre em evidências com protocolos que contenham prescrições e orientações para idosos longevos. Os consensos

1 Mestranda do Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC – SC, brunacapanema84@gmail.com;

2 Mestrando do Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC – SC, felipee.fank@gmail.com;

3 Professora Doutora Titular do Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina CEFID/ UDESC - SC, giovana.mazo@udesc.br.

disponíveis são geralmente direcionados a uma doença e condições de saúde isoladas. Contudo, as intervenções por meio do exercício físico podem prevenir, controlar e reabilitar as condições de saúde desta população.

**Palavras-chave:** Idosos longevos, Fragilidade, Prescrição de atividade física, Aptidão física.

## Introdução

A população de idosos longevos, com 80 anos ou mais de idade, vem aumentando em todo o mundo (UN, 2019). No Brasil, não é diferente (IBGE, 2018); as projeções mostram um crescimento, passando de 4,4 milhões em 2020 para 19 milhões em 2060 (IBGE, 2018). Junto ao aumento do número de idosos, aumenta também a prevalência de fragilidade em idosos, que acomete de 10 a 25% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade e 46% dos longevos, com mais de 85 anos (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014), demonstrando a alta prevalência de fragilidade em idosos com idade avançada. A fragilidade afeta várias aptidões físicas, como a força muscular, a mobilidade, a coordenação, o equilíbrio e a resistência, implicando na diminuição do nível de atividade física e da capacidade funcional (GOBBENS et al., 2010).

Pesquisas têm investigado a eficácia de intervenções físicas na redução da fragilidade em idosos (APÓSTOLO et al., 2018; JADCZAK et al., 2016; PUTS et al., 2017). A atividade física é um meio que contribui para melhorar a saúde física e mental das populações e quando bem orientada e praticada, reduz os riscos para as doenças crônicas, além de beneficiar a sociedade na medida em que ela aumenta a interação social e o envolvimento na comunidade (WHO, 2010).

As diretrizes de atividade física recomendam que os idosos pratiquem, no mínimo, 150 minutos por semana, de intensidade moderada a vigorosa, para manter uma condição física saudável (WHO, 2010). No entanto, poucos idosos seguem as diretrizes de atividade física (JEFFERIS, 2014; WHO, 2010), o que resulta em uma escala de pandemia global (ALTHOFF, et al., 2017) e uma população com características pré-frágeis e frágeis, como os idosos longevos (TSE, 2015).

Segundo Brodgett et al. (2015), os indivíduos mais frágeis são mais sedentários e menos propensos a seguir as diretrizes de atividade física. Ainda, apresentam média de comportamento sedentário de 8,5 h/dia, com saúde autorreferida ruim, alta incapacidade para atividades da vida diária e maior uso de cuidados com saúde. Diante deste contexto, deve-se estruturar um programa específico para a população longeva, com características diferentes dos programas para idosos jovens.

Diante disto, as intervenções de atividade física levando em consideração os idosos longevos surgem como estratégia para motivar essa população a se

tornar mais ativa, manter sua independência funcional, diminuir os riscos de doenças crônicas, combater a fraqueza muscular, sarcopenia e a fragilidade física (RESENTE-NETO; GRICOLETTO, 2019; GRICOLETTO et al., 2018; MARZETTI, et al., 2017).

Neste aspecto, os profissionais de Educação Física têm um papel importante na orientação, prescrição e supervisão da atividade física para idosos, adequando às especificidades e condições físicas e de saúde destes (MAZO et al., 2014). Assim, este estudo tem como objetivo descrever os aspectos relacionados a prescrição e orientação de atividades físicas para idosos longevos.

## Metodologia

Este estudo é uma revisão narrativa (ROTHER, 2007) com intuito de descrever e discutir a prescrição e orientação de atividade físicas para idosos longevos, pessoas com 80 anos ou mais de idade, sob o ponto de vista teórico. Para esta revisão foi realizada a busca, em setembro de 2020, em livros, artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, e em documentos de órgãos governamentais e sociedades científicas sobre recomendações de atividade física para idosos, disponíveis em sites oficiais. Os materiais consultados foram analisados qualitativamente e interpretados pelos pesquisadores.

## Resultados e discussão

### *Aptidões físicas e importância da prática de atividade física para idosos longevos*

A atividade física vem sendo definida como qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta um maior gasto energético do que os níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). No entanto, o exercício físico não é sinônimo de atividade física, sendo uma categoria da atividade física. Por definição, o exercício físico é toda atividade física planejada, estruturada e repedida que tem como objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

A prática da atividade física influencia os índices de aptidão físicas os quais, por sua vez, interferem diretamente na vida do indivíduo (KIRK et al., 2008). Portanto, o idoso longevo, ao se envolver em um programa regular de atividade física, tende a apresentar melhoras nos índices de aptidão física, na

ISBN 978-65-86901-26-9

capacidade funcional, diminuição do risco de doenças crônicas, da sarcopenia, da fraqueza muscular e da fragilidade física (DE RESENTE-NETO et al., 2019; MARZETTI et al., 2017).

Com base em estudos (ROCHA, 1995; BOMPA, 2002; ACMS, 2009; HUANG et al., 2005; VLIETSTRA et al., 2018; CADORE et al., 2014; GOODPASTER, 2006; HVID et al., 2016; RESENTE-NETO et al., 2016; BYRNE et al., 2016), apresentam-se as aptidões físicas, seus conceitos, suas mudanças no decorrer do envelhecimento e o impacto nas atividades da vida diária (Quadro 1). Observa-se a necessidade de se trabalhar estas aptidões físicas nos idosos longevos como forma de promoção de saúde e para minimizar os efeitos deletérios que a falta da prática de atividade física pode ocasionar.

**Quadro 1**. Aptidões físicas, conceitos, principais mudanças e impacto nas atividades da vida diária com o processo do envelhecimento.

| Aptidões Físicas | Conceitos | Principais Mudanças | Impacto nas AVD |
|---|---|---|---|
| **Força Muscular** | Capacidade de produzir a tensão de um grupo muscular específico. | - Força muscular de membros inferiores declina mais rápido do que a dos membros superiores;<br>- Força isométrica, concêntrica e excêntrica declina acentuadamente a partir dos 70 anos.<br>- Perdas podem chegar a 50% da massa muscular (principalmente nas fibras tipo II), que reduz a sensibilidade da absorção de cálcio;<br>- Diminuição da atividade da unidade motora e excitabilidade de moto neurônios espinhais, que reduz a co-ativação dos músculos antagonistas que atuam integrando a estrutura corporal. | - Déficits na força predizem incapacidade nas AVDs, risco de queda e de mortalidade. |
| **Potência Muscular** | Capacidade de conjunção entre força e velocidade na execução do trabalho muscular. | -Potência declina mais rápido do que a força;<br>- Diminuição das fibras tipo II;<br>-Diminuição da atividade do músculo antagonista; | - Limitação funcional (sentar, levantar, subir e descer escadas e caminhar)<br>- Oscilação postural; |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Resistência aeróbica** | Capacidade do organismo em se adaptar a um esforço físico que exige um transporte de massa corporal por um período relativamente longo.<br>Transporte e utilização de oxigênio. | - Declínios dos volumes sistólicos e débito cardíaco, na máxima calculada por: FCmáx (208-0,7 x idade);<br>- Resposta lenta da FC no início do exercício;<br>- Alteração do padrão do enchimento diastólico;<br>- Diminuição da variabilidade da FC;<br>- Regulação de fluído corporal (diminuição da sensação de sede, perda da capacidade renal; água corporal diminui); | -Principal determinante na redução da capacidade ao exercício;<br>-Pode predispor a desidratação corporal;<br>-Melhora o transporte e utilização de oxigênio. |
| **Equilíbrio/ Coordenação/ Agilidade** | Equilíbrio: Capacidade de sustentação estática ou dinâmica do corpo, por um determinado período.<br>Coordenação: é a capacidade do ser humano de realizar movimentos complexos de forma rápida e exata, em diferentes condições ambientais.<br>Agilidade: é a capacidade que o indivíduo tem de realizar movimentos rápidos, com mudança de direção e sentido. | - Alterações sensoriais, motoras e cognitivas alteram a biomecânica (sentar-se, ficar em pé, locomover) | - Perda do equilíbrio, da coordenação e da agilidade aumenta o medo de cair e pode levar indivíduo a reduzir as AVDs. |
| **Flexibilidade/ Mobilidade articular** | Capacidade de amplitude da articulação específica, ou de grupo de articulação, quando solicitado na realização do movimento. | - Diminuição significativa, (20-30%), coluna (20-30% e tornozelo (30-40%);<br>- Elasticidade de músculos e tendão diminui. | - Reduz os movimentos para AVD's, como exemplo: curvar-se ao chão e capacidade de deslocamento. |

Fontes: Elaborado pelos autores, 2020.

Legenda: AVD= atividade da vida diárias; FC= frequência cardíaca.

Os programas de atividades físicas para idosos longevos devem comtemplar todas as aptidões físicas supracitadas, as quais tem influência direta nas capacidades funcionais e diminuem os riscos de fragilidade física (O'NEILL; FORMN, 2019). No entanto, ao incluir as aptidões físicas na prescrição dos exercícios físicos, deve-se ter o controle da dose correta, considerar os objetivos específicos da população longeva, os critérios de segurança, de eficácia e de funcionalidade (BORNE et al., 2015). Para isto, é importante a realização de

avalições físicas, funcionais e cognitivas dos idosos longevos, antes de iniciar um programa de atividade física.

## Programa de atividade física para idosos longevos e avaliações

Antes de iniciar qualquer programa de atividade física regular para idosos longevos, recomenda-se a realização de algumas avaliações. A avaliação pré-participação e estratificação do risco cardiovascular é importante ser realizada pelo profissional de Educação Física, fornecendo subsídios para decidir sobre o início da prática da atividade física (imediato, com restrições ou não liberação) e para aplicar os testes de aptidão física antes da avaliação médica (PITANGA et al., 2019).

Recomendam-se as seguintes avaliações pré-participação:

a) Questionário PAR-Q (*Physical Activity Readiness*) que é composto por 7 perguntas e, no caso de uma delas ser respondida positivamente, o idoso deverá ser encaminhado para consulta médica antes da realização dos testes de aptidão física e do início do programa de atividade física (PITANGA et al., 2019).
b) Perfil de risco cardiovascular por meio da aplicação de questionários com questões sobre a idade, herança familiar (ascendente familiar: pais e avós maternos e paternos), tabagismo (hábito de fumar atualmente), atividade física (IPAQ adaptado para idosos por Mazo e Benedetti, 2010) e colesterol (registro do resultado do último exame realizado ou relato do valor, considerando a pontuação de 1 ponto (baixo), 2 pontos (normal), 3 pontos (limítrofe), 4 ou 5 pontos (alto) e 7 pontos (muito alto). Além do questionário, serão avaliadas o perímetro da cintura (medida considerando como ponto de referência dois centímetros acima da cicatriz umbilical) e a pressão arterial sistólica e diastólica (avaliada por aparelho digital, após 10 minutos de repouso, 3 medidas, considerando a com menor valor) (PITANGA et al., 2019).
c) Anamnese para idosos longevos: dados de identificação (nome completo, data nascimento, naturalidade e país de origem), dados sociodemográficos (estado civil, escolaridade, ocupação atual, renda familiar, com quem vive, se tem cuidador), condições de saúde (doenças, medicações de uso contínuo, quedas e consequências, cirurgias, internações, uso de dispositivos auxiliares de marcha e relatos de dor),

função cognitiva (Mini Exame do Estado Mental validado para a população brasileira por Bertolucci et al., 1994), capacidade funcional (Atividades da vida diária, medida pela Escala de Katz, adaptada trasculturalmente para o Brasil por Lino et al., 2008), condições auditivas e visual (se tem dificuldade auditiva, se utiliza aparelho auditivo e óculos) hábitos alimentares (questionário de frequência alimentar (QFA), desenvolvido por Fisberg et al., 2008) e prática de atividade física (rotina diária, dificuldades e objetivos com o programa de atividade física e outros).

Estas medidas são analisadas, conforme quadro de estratificação do risco cardiovascular, adaptado da Sociedade de Cardiologia de Michigan. Com base nos resultados, o indivíduo pode ser: liberado para atividade física se o todas as respostas do PAR-Q forem negativas, não terem relatos importantes sobre sua saúde (Anamnese) e forem classificados como abaixo da média no perfil de risco cardiovascular; liberado com restrições quando, na anamnese, apresentar poucos relatos de saúde importantes, PAR-Q com pelo menos uma questão com resposta positiva e apresentar médio risco cardiovascular; e não liberado quando apresentar muitos relatos de saúde importantes (Anamnese), duas ou mais questões com respostas positivas no PAR-Q e o risco cardiovascular for classificado como moderado ou perigoso (PITANGA et al., 2019).

Estes procedimentos deverão ser aplicados nos idosos longevos, com 80 anos ou mais, com o objetivo da prática de atividade física na perspectiva de promoção e manutenção da saúde. Com a liberação dos idosos para a prática de atividade física recomendam-se as seguintes avaliações físicas para a prescrição do treinamento, mediante ao nível de fragilidade (Quadro 2).

O fenótipo de fragilidade apresenta cinco critérios mensuráveis: 1) Perda de peso corporal não intencional; 2) Fadiga autorreferida; 3) Diminuição da força muscular/fraqueza muscular; 4) Redução da velocidade da marcha; e 5) Baixo nível de atividade física (FRIED et al. (2001). Com base nesses critérios, o idoso pode ser classificado em três níveis de fragilidade: robusto, que não apresenta nenhum desses critérios ou não é frágil; pré-frágil, que tem um ou dois critérios; e frágil, com três ou mais critérios (FRIED et al., 2001; FRIED; WALSTON, 2003). A fragilidade é uma síndrome reversível (FRIED et al., 2001; GILL et al., 2006), que com intervenções de prevenção ou de recuperação, pode modificar seus níveis. A AF regular reduz o risco de fragilidade e promove benefícios para a saúde (SAVELA et al., 2013).

Quadro 02. Avaliações para idosos longevos, mediante ao nível de fragilidade.

| Variáveis | Medidas | Instrumentos |
|---|---|---|
| **Nível de fragilidade** | Perda de peso não intencional | - Perda de peso não intencional, maior de 4,5 kg ou superior a 5% do peso corporal no último ano [a] ou<br>- Reportar baixo peso de até 5Kg no último ano [b] e/ou<br>- Reportar baixo peso de até 3Kg durante os últimos 3 meses [b] ou<br>- Índice de massa corporal ≤ 18Kg/m². [b] |
| | Fadiga ou exaustão Autorreferida | - Fadiga autorreferida[a] ou<br>- Reportar fadiga (ao movimentar-se, no repouso ou o tempo todo). [b] |
| | Fraqueza Muscular | - Diminuição da Força de Preensão Manual, medida com dinamômetro e ajustada para sexo e índice de massa corporal [a] ou<br>- Reportar dificuldade para carregar uma bolsa de 5Kg. [b] |
| **Composição corporal** | Redução da velocidade da marcha | - Diminuição da marcha em segundos: distância de 4,5 metros ajustada para sexo e estatura [a] ou<br>- Reportar baixa velocidade de caminhada [b] ou<br>- Dificuldade de subir um lance de escadas [b] ou<br>- Acamado ou incapaz de transferir-se da cama para a cadeira sem ajuda. [b] |
| | Baixo nível de atividade física | - Medida pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o sexo a ou<br>- Pelo número de passos/dia pelo pedômetro ou<br>- IPAQ adaptado para idosos ou<br>- Sem exercícios regulares ou atividades ao ar livre (reportado) [b] ou<br>- Acamado ou incapaz de transferir-se da cama para a cadeira sem ajuda. [b] |
| | Massa corporal (Kg) | Balança digital |
| | Estatura (cm) | Estadiômetro |
| | Dobras cutâneas: tríceps, panturrilha e do braço | Plicômetro |
| **Aptidões Físicas** | Perímetro: braço, quadril, cintura e panturrilha | Fita métrica |
| | Força dos membros inferiores | Levantar e sentar da cadeira[c] (R e PF)<br>Sentar e levantar da cadeira uma vez, marcar o tempo (F) |
| | Força dos membros superiores e | Flexão de antebraço[c] (R e PF)<br>2Kg para mulheres<br>4Kg para homens<br>Flexão de antebraço ½ ou 1kg (F) |
| | Flexibilidade dos membros inferiores | Sentar e Alcançar[c] (R e PF)<br>Sentar na cadeira próxima a mesa, distância do próprio braço, emperrar uma bola pequena o máximo que conseguir, medindo a distância alcançada (F |
| | Flexibilidade dos membros superiores | Alcançar atrás das costas[c] (R, PF, F) |
| | Agilidade e equilíbrio dinâmico | Sentado, caminhar 2,44m e voltar a sentar[c] (R, PF, F) |
| | Resistência aeróbia | Teste do 6 minutos[c] (R e PF)<br>Teste de marcha estacionário de 2 minutosc (F) |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| **Marcha** | Potência | Arremesso de bola em 1minuto: 2Kg (R e PF) e ½ Kg (F)<br>Sentar e levantar (R, PF e F) |
| | Tamanho da Passada na Marcha (cm) | Trena presa no chão com a distância de 4,64 metros realizar uma passada (R e PF)<br>Com dispositivos auxiliares de marcha (F) |
| | Velocidade da Marcha (segundos) | Trena presa no chão com a distância de 4,64 metros realizar a caminhada (R e PF)<br>Com dispositivos auxiliares de marcha (F) |
| **Amplitude articular** | Amplitude de movimento articular | - Goniômetro universal ou<br>- Flexímetro |

Legenda: R= idoso robusto; F= idoso frágil; PF= idoso pré-fragil; IPAQ = Questionário internacional de atividade física; [a] = instrumentos propostos por Fried et al (2001); [b]= instrumentos propostos para idosos centenários por Herr et al. (2018); [c] Bateria de testes físicos para idosos -SFT (RIKLI; JONES, 2008).

## Prescrição e orientação de exercício físico para idosos longevos

O profissional de Educação Física ao orientar, prescrever e supervisionar o programa de atividade física para idosos deve adequar às especificidades e condições físicas e de saúde destes (MAZO et al., 2014). O programa deve priorizar os exercícios aeróbios, resistidos, de flexibilidade, equilíbrio dinâmico/agilidade (NELSON et al., 2007; CHODZKO-ZAJKO et al., 2009), a potência e mobilidade articular (RESENTE-NETO et al., 2016). Além disso, o profissional envolvido na elaboração do treinamento deve estar preparado para modificar suas prescrições, de acordo com as respostas e adaptações observadas no idoso (MONTEIRO, 2006).

Ainda, deve-se reconhecer quais os objetivos do idoso, para que a intensidade, o volume, as amplitudes de movimento, a frequência, o número de séries, a velocidade de execução e os intervalos entre séries possam ser planejados de forma mais eficaz, além de estabelecer objetivos a curto, médio e longo prazo (MONTEIRO, 2004). A prescrição de exercício é uma etapa fundamental para o sucesso do treinamento. Como todo programa, este deve respeitar os princípios do treinamento, como o da sobrecarga progressiva, da periodização, da individualidade biológica e da especificidade (MONTEIRO, 2006).

## Tipo de atividade

Um programa de atividade física para idosos tem como objetivo principal manter a independência funcional, assim como prevenir ou diminuir a fragilidade (CADORE et al. 2013). Desse modo, a escolha da atividade objetiva o desenvolvimento integrado das aptidões físicas, promovendo a melhora da habilidade e da capacidade funcional para a realização das ações cotidianas

com autonomia, independência e segurança (LA SCALA TEXEIRA et al., 2017).

Segundo a WHO (2020), para se ter ganhos significativos nos idosos com fragilidade e sarcopenia, são recomendadas atividades que apresentem melhoras nas aptidões físicas. Assim, destacam-se as AFs importantes a serem estimuladas na população longeva durante o treinamento físico: exercícios aeróbicos, para manter e melhorar as funções cardiovasculares; o trabalho de sobrecarga, para compensar as perdas de massa muscular; atividades que envolvam capacidades neuro motoras, para manter o equilíbrio; exercícios de agilidade e coordenação, para diminuir o risco de quedas; e exercícios de flexibilidade, para manter o nível adequado de mobilidade articular nas estruturas utilizadas nas atividades da vida diária dos longevos (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009).

**Intensidade**

A quantificação da intensidade do esforço constitui um dos aspectos mais importantes a serem controlados durante uma sessão de AF. A intensidade é a capacidade de suportar um esforço durante o período específico de condicionamento, até a fadiga (DE RESENTE-NETO, et al., 2019), sendo classificada em leve, moderada ou vigorosa (CDC, 2017). A intensidade pode ser avaliada pela respiração, frequência cardíaca e percepção subjetiva do esforço (CDC, 2017), conforme o Quadro 4.

Quadro 4. Testes de esforço e sua avaliação da intensidade.

| Testes de esforço | Avaliação |
|---|---|
| Teste da conversa: respiração | Verificar se o idoso ao realizar atividade física está cansado ao falar e observar a respiração: Intensidade moderada: consegue conversar, mas não cantar; Intensidade vigorosa: não consegue dizer mais do que algumas palavras sem pausar para respire. |
| Teste da monitoração da FC | Pode ser utilizado o oxímetro durante o treinamento ou outro dispositivo para controlar a FC. O cálculo da intensidade é aplicado pela fórmula FCmáx= 220-idade). Intensidade moderada: de 60 a 70% da FCmáx Intensidade vigorosa: de 70 a 85% da FCmáx |
| Teste da percepção subjetiva do esforço (Escala de Borg) | Para os idosos é recomendada a escala adaptada de Borg modificada – CR-10, no qual a pontuação tem a variação de “0”, nenhum esforço a “10”, máximo esforço. |

Legenda: FC= frequência cardíaca; máx.= máxima.

A intensidade da atividade física é diferente para cada pessoa, pois depende das condições individuais como saúde, histórico de treinamento, composição

corporal, entre outros aspectos. O importante é que as atividades físicas realizadas sejam adequadas às condições de cada pessoa (CDC, 2017). Sugere-se adequar a intensidade por meio do critério da análise da perda de qualidade do movimento durante a execução do exercício, junto à aplicação da escala de percepção de esforço ou pelo acompanhamento da frequência cardíaca

Quanto aos exemplos de atividade aeróbica de intensidade moderada, tem-se a caminhada rápida, por 150 minutos por semana (30 minutos por dia, 5 dias por semana) e de intensidade vigorosa; e a corrida por 75 minutos (1 hora e 15 minutos) toda semana. Para a atividade de fortalecimento muscular, a intensidade é definida pela quantidade de peso ou força que uma pessoa é capaz de realizar (US, 2018).

Nesta perspectiva, ao se tratar de uma população que tem como característica alto nível de sedentarismo e fragilidade (SILVA et al., 2017), 70% de 1RM pode ser apenas um movimento de levantar-se da cadeira, com o peso do próprio corpo. Lustosa et al. (2011) encontraram uma melhora significativa em idosos frágeis com exercícios de alta intensidade.

## Volume

O volume é o número de séries ou repetições (LA ESCALA TEIXEIRA et al., 2017), além do número de exercícios em um período, que pode ser diário, semanal ou anual (BARBANTE, 1997). Borde et al. (2015), em uma meta-análise com 25 ensaios clínicos randomizados, demonstraram efeito significativo da dose/resposta na força muscular em idosos. As intervenções que tiveram efeitos positivos foram as de 2/3 séries, e repetições com a média de 10 e intervalo de 7-16 repetições por exercícios, respeitando a progressão e individualidade biológica.

Segundo Krieger (2010), realizar somente uma série por grupo muscular parece ser insuficiente para gerar adaptações importante na força e hipertrofia. Ainda, sabe-se que quanto maior o comportamento sedentário, menor será o volume de atividade física por um determinado período (diário, semanal ou anual) (TREMPLAY, 2017).

## Velocidade

Como regra geral do treinamento, quanto maior a aplicação a carga, menores serão as velocidades (MONTEIRO, 2006). Segundo Larsson et al. (1979),

a velocidade muscular diminui com a idade avançada e esse declínio ocorre pela diminuição da fibra tipo II, o que altera tempo de reação, capacidade de superar uma resistência externa e elasticidade muscular. Assim, o indivíduo não consegue se transportar ou se mover rapidamente e diminui a frequência da passada (BOMPA, 2002). Estudo de Bassey et al. (1992) identificou uma relação positiva da potência nos membros inferiores como medida do desemprenho (sentar, levantar, subir escadas e caminhar) em nonagenários. A potência muscular é uma aptidão física que merece destaque nas intervenções para idosos frágeis e é sugerida a realização de repetição máxima de velocidade concêntrica em cargas entre 50%-80% de uma repetição máxima (DE VOS et al., 2005).

## Frequência

Quanto a frequência de atividade aeróbica ou de fortalecimento muscular (US, 2018), estudo verificou que a prática das atividades físicas para a população com fragilidade e sarcopenia deve comtemplar, no mínimo, a frequência de 2 vezes na semana (KEMMLER et al., 2013). Em uma revisão sistemática com meta-análise, ao analisar o efeito da dose-resposta no treinamento resistidos em idosos, concluiu-se que a frequência de 2 a 3 vezes na semana apresentou um aumento na força muscular (BORNE et al., 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2010), quanto maior a frequência, maior serão os benefícios e resultados adquiridos pelos idosos. O quadro 5 apresenta as aptidões físicas a serem trabalhadas com os idosos e sua frequência/intensidade, de acordo com o nível de fragilidade e intervenções/cuidados.

Quadro 5 - Aptidões físicas a serem trabalhadas com os idosos, frequência/intensidade, de acordo com o nível de fragilidade e intervenções/cuidados.

| Aptidões Físicas | Nível de fragilidade: Frequência/Intensidade | Intervenção/Cuidados |
|---|---|---|
| **Força Muscular** | ***Idosos robusto e pré-frágeis*** *2-4x na semana-20'-30' *2-4 séries, 8-20 repetições i 1'-2''. * Inicia-se 40-50%, respeitando a progressão de cada idoso, e pode chegar a 80% *2-3 exercício para MI, o mesmo MS. ***Idosos frágeis*** Pode ser utilizado o mesmo treino, mais com intervalos maiores de 2´-3'. | * Prioridade nos exercícios multiarticulares, para depois uniarticulares; * Progressão no treinamento; * Equilíbrio nos músculos agonista/antagonista; * Expirar a fase concêntrica, facilitando o retorno venoso; * Exercícios dos mais simples, ao mais complexos. * Aproveitar o peso do próprio corpo, incluindo força com movimento funcionais. *Antes da força realizar trabalho mobilidade articular dos membros que irão realizar a força. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| **Potência Muscular** | ***Idosos robusto e pré-frágeis*** *1-2 na semana, e 70-80% de intensidade, intervalo 1-2min, 2 -3 exercício. ***Idosos frágeis*** 1x na semana com intervalo de 3'-4'e intensidade de 60-70%, 1 exercício para MS e exercício para MS, após ganhos de força, pode aumentar para 2 exercício. | *Corrigir a qualidade do movimento na execução; *Grande grupo muscular; * Se possível alternar membro inferior com membro superior. |
| **Resistência aeróbica** | ***Idosos robusto e pré-frágeis*** * 2-4x na semana, iniciando de 5'até conseguir realizar a fazer 15'-20' de caminhada, ou bicicleta ergométrica. * intensidade inicial 50% até chegar a 80%; ***Idosos frágeis*** *2-5x na semana; *15-20", descanse 20", repetir 5x, de acordo com a progressão aumente o tempo, até que consiga caminhar contínuo. | *Se não tiver força muscular, não irá conseguir realizar as caminhadas com eficiência, cuidado com as quedas. *Progressão, quando conseguir atingir o tempo, aumenta a intensidade; * Monitorar a Frequência cardíaca; * Se tiver dificuldade para caminhar, utilize um dispositivo de movimento (andados, bengala, segurando na mão do professor); |
| **Equilíbrio/ coordenação Agilidade** | ***Idosos robusto, pré- frágeis e fragéis*** *2-4 x na semana; 5-15' na sessão; | *Exercícios posturais; *Cadência da marcha; * Movimentar braços e pernas quando caminha; *Mudança de direção, após algum sinal verbal; *Lembra de realizar exercício com membro superior; *Mudar de direção com os olhos fechados; *Desafios/Colocar obstáculos; |
| **Flexibilidade/ Mobilidade articular** | ***Idosos robusto, pré- frágeis e fragéis*** *2-5x na semana 5-15'em cada sessão; permanecer na posição 10-20"; | *Exercícios respiratório muito importante; * Alongue sem criar nenhum excesso no alongamento ou tensão articular; *Pode ser realizado um aquecimento articular ou flexibilidade antes ou após o treinamento; |

Legenda: MS=membro superior/ MI=membro inferior.

O aumento do volume ou intensidade em uma sessão poderá ter uma maior necessidade de recuperação do grupo muscular treinado, o que pode ocasionar uma menor frequência (ANGULO et al., 2020), ou priorizar outro tipo de estímulo para ser aplicado no treinamento. Ainda, antes de questionar o volume do treinamento para esta população, deve ser realizado exercício específico, visando a mobilidade articular (tornozelo, quadril, torácica e ombro) e estabilização (joelhos, lombar e escapula) (KENDALL et al., 2007), para diminuir ou minimizar os riscos de lesões.

A organização e planejamento de todo o processo de periodização depende das condições do idoso. No Quadro 6, apresenta-se uma proposta de progressão de treinamento funcional, com duração de seis meses, e as principais aptidões a serem trabalhadas em idosos longevos.

Quadro 5- Exemplo de periodização de 6 meses para idosos longevos.

| MACROCICLO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MESES** | **Junho** | | | | **Julho** | | | | **Agosto** | | | | **Setembro** | | | | **Outubro** | | | | **Novembro** | | | | |
| | **MESOCICLO 1** | | | | | | | | **MESOCICLO 2** | | | | **MESOCICLO 3** | | | | | | | | **MESOCICLO 4** | | | | |
| **Períodos** | ***Adaptativo*** Ciclo de introdução com cargas baixas/ moderadas e aprendizado de movimentos | | | | | | | | ***Transição*** Período de adaptação às novas aprendizagens | | | | ***Preparatório*** | | | | | | | | ***Transição*** Período regenerativo das funções do organismo e sistema nervos central. Cargas e intensidades baixas | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | *Específico 1* | | | | *Específico 2* | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | Ciclo de ênfase nas aptidões de força, cardiorrespiratório, resistência. Aumento de cargas | | | | | | | | | | | | |
| **Semanas** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
| **Microciclo** | C | C | E | E | O | E | O | E | E | E | O | E | O | E | O | E | O | O | O | E | C | C | E | E | E |
| **Carga Séries/repetições** | | 40-50% 2x10-12 | | | 50-60% 2x13-15 | | | | 60-70% 3x10-12 | | | | 60-70% 3x10-12 | | | | 70-80% 3x8-12 | | | | 50-60% 2x 13-15 | | | | |
| **Força Muscular** | A V A L I A Ç Ã O | + | | | + | | | | ++ | | | | ++ | | | | +++ | | | | ++ | | | | A V A L I A Ç Ã O |
| **Potência** | | + | | | + | | | | ++ | | | | ++ | | | | +++ | | | | + | | | | |
| **Equilíbrio/coordenação** | | +++ | | | +++ | | | | +++ | | | | ++ | | | | ++ | | | | +++ | | | | |
| **Agilidade** | | ++ | | | ++ | | | | +++ | | | | +++ | | | | ++ | | | | ++ | | | | |
| **Flexibilidade/mobilidade** | | ++ | | | ++ | | | | +++ | | | | +++ | | | | +++ | | | | ++ | | | | |
| **Padrões de Movimento** | | +++ | | | +++ | | | | ++ | | | | ++ | | | | ++ | | | | ++ | | | | |
| **Cardiorrespiratória** | | ++ | | | ++ | | | | +++ | | | | +++ | | | | +++ | | | | ++ | | | | |
| **Dias/ Frequência** | 1 | 3x semanal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1 |

**Legenda:** C - Controle; E - Estabilizador; O – Ordinário; + Pouco importante; ++ Importante; +++ Muito importante.

ISBN 978-65-86901-26-9

Além das atividades citadas, destacam-se os exercícios que comtemplem movimentos semelhantes aos efetuados nas atividades da vida diária dos idosos, como: multifuncionais, integrados, multiarticulares e multiplanares, combinados, estabilização, velocidade concêntrica e excêntrica e aceleração/desaceleração (RESENTE-NETO et al., 2016).

## Orientações e cuidados da prática de atividade física para idosos longevos

No planejamento do treinamento para idosos longevos, também é aconselhável levar em conta exercícios específicos e/ou estratégias visando a prevenção e auxílio na reabilitação de doenças mais prevalentes. Estudos apontam sobre as doenças prevalentes em idosos longevos, indicações de exercícios e riscos durante o treinamento BORNE et al., 2015; ACMS, 2009; AILTON et al., 2015; MCMILLAN et al., 2017; ALPERT, 2019; SU et al., 2019; OWEN et al., 2020). O Quadro & apresenta uma síntese desses estudos.

Quadro 7- Doenças prevalentes em idosos longevos, indicações de exercícios e riscos durante o treinamento.

| Doenças | Indicações de exercícios | Contra indicações |
|---|---|---|
| Artrose e dor crônica | Priorizar exercícios aeróbios, contínuos e treinamento de força muscular para diminuir a dor e rigidez, mobilidade articular/flexibilidade. | Sobrecarga para as articulações nos levantamentos de pesos, caminhadas e muito cuidado com altas intensidades. |
| Cardiopatias | Priorizar exercícios contínuos e aeróbios. | Evitar longa permanência estática em pé (causa hipotensão postural) |
| Hipotensão e desmaios | Priorizar exercícios contínuos e aeróbios, isométricos. | Atividades após comer, mudanças rápidas de direções deitado ou sentado (principalmente pela manhã), exercícios respiratórios forçados, massagens no pescoço. |
| Osteoporose | Priorizar exercícios de alta intensidade, potência, força muscular, contínuos aeróbios no sol. | Riscos de queda e fraturas. |
| Sarcopenia e dinapenia | Priorizar exercícios de potência, força muscular e flexibilidade, principalmente nos membros inferiores. | Riscos de queda e incapacidade funcional. |
| Varizes | Priorizar exercícios aeróbios, contínuos e fortalecer os membros inferiores. | Exercícios isométricos nos membros inferiores e longa permanência em pé. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| Dor lombar | Priorizar mobilidade articular, flexibilidade e fortalecimento muscular do tronco, dos membros inferiores e quadril. | Incapacidades funcionais. |
| Cifose torácica/ hipercifose e lordose | Exercício respiratório, mobilidade articular, flexibilidade e fortalecimento muscular. | Potência nos membros superiores e tronco. |

Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

## Considerações finais

A literatura científica é pobre em evidências com protocolos que contenha prescrição e orientações com idosos longevos, com 80 anos ou mais de idade. Os consensos disponíveis são geralmente direcionados a uma doença e condições de saúde isolada. Todavia, devem ser utilizados como ponto de partida para decisões clínicas. Assim, mostra-se a importância da periodização, que consiste na decisão de quais intervenção devem ser aplicadas a curto, médio e longo prazo, tendo como parâmetro a melhoria da independência e autonomia do idoso longevo.

Ademais, a presente investigação mostra uma proposta de periodização de treinamento físico para idosos longevos, após busca na literatura de todos os fundamentos importantes. Diante das possibilidades, conclui-se que o Profissional de Educação Física deve realizar uma pré-avaliação da saúde geral e, após, aplicar os testes das aptidões físicas relacionadas à saúde com o objetivo de identificar os níveis de aptidão física dos idosos, para que a dose possa ser adequada (tipo de intensidade, duração, frequência), respeitando a segurança e eficácia do treinamento.

Assim, a atividade física e a redução do comportamento sedentário podem desempenhar o papel importante na prevenção e diminuição do quadro de sarcopenia e fragilidade. Além do mais, as intervenções por meio do exercício físico podem prevenir, controlar, reabilitar as demais condições de saúde desta população.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ACSM. Progression models in resistance training for healthy adults. **Med. Science of Sports. Exercise**. v. 41, p. 687-708, 2009. Doi: 10.1249/MSS.0b013e3181915670.

ACSM. Exercise and Physical Activity for Older Adults. **Medicine Science of Sports and Exercise,** Indianapólis (EUA), v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

ACSM. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. **Medicine and Science in Sports and Exercise,** 1334– 1359. 2011. DOI:10.1249/MSS.0b013e318213fefb

AITON, T., et al. Progressive Spinal Kyphosis in the Aging Population, **Neurocirurgia**, v. 77, p. 164 - 172, 2015. DOI: https://doi.org/10.1227/NEU.0000000000000944

ALPERT, J. S. Syncope in the elderly. **The american jornal of medicine.** v. 132, i. 10, p. 1115-1116, 2019. DOI: https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.05.001

ALTHOFF, T. et al. Large-scale physical activity data reveal inequality in global activity. **Nature**, n. 547, p. 336–9, 2017. DOI: https://doi.org/10.1038/nature23018

ÂNGULO, J. et al. Physical activity and exercise: Strategies to manage frailty. **Redox Biology**. v. 35, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101513

APÓSTOLO, J. et al. Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: A systematic review. **JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports**, v. 16, n. 1, p. 140–232, 2018. DOI: https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382.

BYRNE, C. et al. Ageing, Muscle Power and Physical Function: A Systematic Review and Implications for Pragmatic Training Interventions, **Sports Med,** p. 46**,** p**.** 1311–1332, 2016 DOI: https://doi.org/10.1007/s40279-016-0489-x

BASSEY, E. J. et al. Leg extensor power and functional performance in very old men and women. **Clinical Science.** v. 82, n. 3, p. 321-7, 1992

BARBANTI, V. J. **Teoria e Prática do Treinamento Esportivo.** 5ed. São Paulo: Blucher, 1997.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, Mar. 1994.

BOMPA, T. O**. Periodização: Teoria e Metodologia do Treinamento**. 1ed. Saão Paulo: Phorte Editora, 2002.

BORDE, R.; HORTOBÁGYI, T.; GRANACHER, U. Dose–Response Relationships of Resistance Training in Healthy Old Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Sports Med**, v. 45, p. 1693–1720, 2015. DOI: https://doi.org/10.1007/s40279-015-0385-9

BLODGETT, J. et al. The association between sedentary behavior, modeeate-vigorous physical activity and frailty in NHANES cohorts. **Maturitas.** v. 80, p. 187-191, 2015.

CADORE, E. L. Positive effects of resistance training in frail elderly patients with dementia after long-term physical restraint. **Age (Dordrecht, Netherlands)**, v.36, n.2, p.801-811, 2014b.

CADORE, E. L.; IZQUIERDO, M. Muscle power training: A hallmark for muscle function retaining in frail clinical setting. **J. am med dir. assoc**. v. 19, n. 3, p. 190-92, 2018.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health related research**. Public Health Reports,** v. 100, n. 2, p. 126- 31, 1985.

CHODZKO-ZAJKO, W. J. Exercise and physical activity for older adults. **Medicine & science in sports & exercise,** v. *41*, n. 7, p. 1510-1530, 2009.

DE RESENDE-NETO, A. G et al. Effects of functional and traditional training in body composition and muscle strength components in older women: A randomized controlled trial. **Archives of gerontology and geriatrics,** 2019;84, 103902

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Physical activity for everyone – Recommendations, 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/ older_adults/index.htm>. Acesso em: 9 de set de 2017.

CORDEIRO, Alexander Magno et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir,** v. 34, n. 6, p. 428-431, 2007

DA SILVA, V. D. et al. Associação entre fragilidade e combinação do nível de atividade física e comportamento sedentário em idosos. **BMC Public Health**, v. 19**,** n. 709, 2019. DOI: https://doi.org/10.1186/s12889-019-7062-0.

DE VOS, N. J. et al. Optimal load for increasing muscle power during explosive resistance training in old adult. **J gerontol A Bio Scin Med Scin.** v. 60, n. 5, p. 638-47, 2005.

DE RESENDE-NETO, A. G, et al. Treinamento funcional para idosos: uma breve revisão. **Revista brasileira Ciência e Movimento.** v. 24, n. 3, p. 167-177, 2016.

DE RESENDE NETO, A. G. et al. Treinamento funcional versus treinamento de força tradicional: efeitos sobre indicadores da aptidão física em idosas pré-frageis. **Motricidade**, vol. 12, no. S2, p. 44– 53, 2016. .

FISBERG, Regina Mara et al. Questionário de frequência alimentar para adultos com base em estudo populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 550-4, 2008.

FRIED, L.P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and Failure to Thrive. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology.** In: Hazzard, W., Blass, J.P., Halter, J.B., et al. v. 05, p. 1487–1502, 2003. DOI: https://doi.org/10.4236/ojs.2017.71007.

GOODPASTER, B. H. The Loss of Skeletal Muscle Strength, Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study, **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 61, I. 10, p. 1059-1064. DOI: https://doi.org/10.1093/gerona/61.10.1059

HERR, M. et al. Frailty and Associated Factors among Centenarians in the 5-COOP Countries. **Gerontology**, v. 64, n. 6, p. 521–531, 2018. DOI 10.1159/000489955.

HVID, L. G. et al.Voluntary muscle activation improves with power training and is associated with changes in gait speed in mobility-limited older adults - A randomized controlled trial. **Experimental Gerontology**, v. 80, p. 51–56, 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.exger.2016.03.018.

HUANG, G. et al. Controlled endurance exercise training and VO2max changes in older adults: a meta-analysis. **Prev Cardiol**. v. 8, n. 4, p. 217-25, 2005.

IBGE. Projeções da População - Brasil e Unidades da Federação. 2018. Ibge. DOI ISSN 0101-4234. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados. Acesso em: 31 Aug. 2020.

JADCZAK, et al.. Effectiveness of exercise interventions on physical function in community-dwelling frail older people: an umbrella review of systematic reviews. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, v. 16, i. 3, p. 752- 775, 2018. DOI: https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003551.

JEFFERIS, B.J., et al. Adherence to physical activity guidelines in older adults, using objectively measured physical activity in a population-based study**. BMC Public Health**, n.14, n. 382, 2014. DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-382

KENDALL, F. P. et al. Musuclos-prova e funções- com postura e dor. 5ª ed., São Paulo: **Manole**, 2007.

KIRK, D. et al. Key Concepts in sport and Exercise Sciences. London: **Sage Publications,** 2008.

LA SCALA TEIXEIRA, C.V. et al. Short roundtable RBCM: treinamento funcional. **R. Bras. Ciência Movimento**, v, 24, n. 1, p. 200-206, 2016.

LINO, V. T. S. et al. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cadernos de Saúde Pública,** v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LUSTOSA, L.P. et al. Impacto do programa de exercícios de resistência em capacidade funcional e força muscular da extensão do joelho em mulheres idosas pré- frágil que vivem na comunidade: ensaio clínico randomizado. **Revista Brasileira da fisioterapia**, n. 15, p. 318-324, 2011.

MARZETTI, E. et al. Sarcopenia: an overview. Aging clin Exp. Res., v. 29, p. 11-17, 2017. DOI: DOI 10.1007/s40520-016-0704-5

MAZO, G.Z.; BENEDETTI, T.B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano,** v. 12, p. 480-484, 2010.

MAZO, G.Z.; PETRECA, D.R.; ANTUNES, G.A.; SANDRESCHI, P.F. **Programa de extensão universitário – Grupo de Estudos da Terceira Idade (GETI): um exemplo de boa prática na formação do profissional catarinense em Educação Física.** In: Conselho Regional de Educação Física

– CREF3/SC. (Org.). Boas práticas na Educação Física catarinense. Londrina**: Midiograf,** 2014, p. 83-94.

MELLO, A. DE C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C.; Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review**. Cad Saude Publica**. v. 30, n. 6, p. 1143-1168, 2014.

MONTEIRO, A. G. **Treinamento Personalizado:uma abordagem Didático-Metodológico**. 3ª ed., São Paulo: Phorte Editora, 2006.

MONTEIRO, W. **Personal Training: Manual para a valiação e prescrição de Comdicionamento físico.** 4 ª., Rio de Janeiro: Sprint 2004.

OWEN P. J, et al, Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. British Journal of Sports Medicine. v. 54, p. 1279-1287. DOI: 10.1136/bjsports-2019-100886

O'NEL, D.; FORMAN, D. The importance of physical function as a clinical outcome : assessment and enhancement. v. 43, p. 108-117, 2020.

PITANGA et al. Avaliação pré-participação em programas de exercícios físicos. In: **Orientações para avaliação e prescrição de exercícios físicos direcionados à saúde**.1ed. São Paulo: CREF4/SP, v. 1, p. 15-20, 2019.

PUTS, M. T. E. et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. **Age and Ageing,** v. 46, n. 3, p. 383–392, 2017. DOI: 10.1093/AGEING/AFW247.

ROCHA, P. **Medidas de avaliação em ciências do esporte**. Rio de Janeiro: Sprint, 1995.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, v. 20, n. 2, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001.

SILVA, R. O; GIANNICHI, R. S. Coordenação motora: uma revisão de literatura. **Revista Mineira de Educação Física,** Viçosa, n. 3, p. 17-41, 1995.

SU, J. J.; DORIS, Y. S. F.; PAGUIO, J. T. Effect of eHealth cardiac rehabilitation on health outcomes of coronary heart disease patients: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing,** v. 76, n. 3, p. 754-772, 2019. DOI:10.1111/jan.14272

TREMBLAY, Mark S. et al. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity, v. 14, n. 1, p.75-79, 2017. **Springer Science and Business Media LLC**. DOI: http://dx.doi.org/10.1186/s12966-017-0525-8.

TSE, A. C; WONG, T. W; LEE, P. H. Effect of low-intensity exercise on physical and cognitive health in older adults: a systematic review. **Sports Med Open**. v. 1, n. 1, 2015.

U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018. Acesso em: 19 out. Disponível em: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Physical_Activity_Guidelines_2nd_edition.pdf

VLIETSTRA, L. et al. Exercise interventions in healthy older adults with sarcopenia: A systematic review and meta-analyse. Australas **Journal and Ageing.** v. 37, n. 6, p.1147-1156.

WHO. Recomendações globais sobre atividade física para a saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2010. Acesso em: out. 2020. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/978924

# IMPLICAÇÕES NA SAÚDE MENTAL DE IDOSOS DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

Raquel Ferreira Lopes[1]
Ana Karolina dos Santos Ferreira[2]
Jaqueline Maria Silva dos Santos[3]
Mariana Quintiliano Wanderley Sandes[4]

**Resumo: Objetivo:** Descrever os impactos da pandemia do COVID-19 na saúde mental das pessoas idosas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica do tipo integrativa, utilizando os descritores: "Mental health", "Aged", "Pandemics", realizando a combinação entre si e o operador boleano *AND* e como estratégia de busca nas bases de dados: LILACS eWEB OF SCIENCE. Adotados critérios de inclusão: publicações no período de 2019 e 2020 que tratassem do assunto, em português e inglês. Como critérios de exclusão: repetição nas bases de dados, editoriais e reflexões, além de artigos fora do contexto e ausência de resposta quanto a pergunta norteadora da pesquisa. **Resultados:** Foram encontrados 497, após a inserção do filtro delimitou 344 artigos, selecionados 35 para leitura completa, e destes foram analisados 12. **Conclusão:** A saúde mental durante uma pandemia é um fator de influência clara principalmente quando se trata de pessoas idosas devido a sua vulnerabilidade social, tal situação acaba refletindo em resultados positivos e negativos em todo esse contexto, deixando claro a evidente necessidade de se promover intervenções relacionadas a esse aspecto de emergência em saúde.
**Palavras-chave :** Mental health, Aged, Pandemics.

1 Mestra em Enfermagem do Centro Universitário Mário Pontes Jucá-UMJ-AL, raquelloppes@gmail.com;

2 Graduanda em Enfermagem do Centro Universitário Mário Pontes Jucá-UMJ-A, karolinaferreirafs@gmail.com;

3 Graduanda em Enfermagem do Centro Universitário Mário Pontes Jucá- UMJ- AL, jacksil2009@hotmail.com;

4 Graduanda em Enfermagem do centro Universitário Mário Pontes Jucá-UMJ-AL, mariliswanderley@hotmail.com.

## Introdução

As pandemias são caracterizadas como sendo epidemias que se propagam rapidamente por diversos países e atingem uma quantidade relativamente grande de pessoas e que, de forma global, geram consequências do nível micro ao macrossistêmico, demandando ao tempo novas regras e hábitos sociais para a população mundial e mobilizações de diversas naturezas para suas contenções (DUARTE et al., 2020).

Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 (CoronavirusDisease 2019) como uma pandemia, sendo o primeiro caso registrado no Brasil com data em fevereiro de 2020 pelo Ministério da Saúde. Mundialmente, em maio de 2020 foram confirmados 4.248.389 casos e 292.046 mortes pela doença. No Brasil, no mesmo período, foram confirmados 177.589 casos e 12.400 mortes, segundo o boletim diário da OMS (PEREIRA et al., 2020).

Considera-se a COVID-19 uma infecção respiratória causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2) e mesmo diante de evidências de que os primeiros casos tiveram origem em meados de outubro de 2019, a doença foi exposta apenas em dezembro do mesmo ano na cidade de Wuhan, na China, e identificada, até então, como uma epidemia; de origem provavelmente zoonótica, porém ainda desconhecida, sendo os primeiros casos apresentados no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan, sendo caracterizado como pobre em higiene (SCHUCHMANN et al., 2020).

A transmissão por COVID-19 acontece pelo contato de pessoa para pessoa, por gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, acompanhado por contato pela boca, nariz ou olhos, como também pode haver a propagação por meio de objetos e superfícies contaminadas, como talheres, mesa, aparelho telefônico, maçaneta de portas, entre outros. (PEREIRA et al., 2020).

Há crescentes comprovações de que pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou apresentar apenas sintomas leves, porém mesmo diante disso, são capazes de transmitir o vírus a outras pessoas, por este fator, rigorosas investigações são utilizadas na identificação de pessoas com infecção assintomática e, para melhor prevenir e controlar a doença, recomenda-se acompanhar populações de alto risco (MORAES et al., 2020).

Entre as populações de risco destaca-se assim a figura do idoso, que diante da propagação de COVID-19 mundialmente tornou-se o grupo com maiores taxas de mortalidade, sendo afetados desde aspectos biológicos até aspectos psíquicos e emocionais (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

ISBN 978-65-86901-26-9

O fato de as pessoas idosas estarem entre as mais afetadas pela doença é justificado através da presença de comorbidades graves nesta população, que podem ser metabólicas como a Diabetes Mellitus (DM), cardiovasculares como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e respiratória como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), entre outras; esses fatores contribuem para que a saúde torne-se suscetível à infecções e suas complicações mais severas, com isso, o isolamento torna-se uma estratégia de cuidado diante do quadro vivenciado (MORAES et al, 2020).

De acordo com Pereira et al. (2020), o isolamento social (IS) é recurso utilizado para que as pessoas evitem sair de suas casas como forma de evitar a propagação do vírus; há ainda a recomendação de que as pessoas suspeitas de portarem o vírus permaneçam em quarentena por quatorze dias, por ser o período de incubação do SARS-CoV-2, ou seja, o tempo que o vírus tem de manifestar-se no corpo do indivíduo.

Observa-se que estudos com a população da China, o primeiro país que adotou a quarentena e o isolamento social como medidas protetivas à disseminação do novo Coronavírus, indicam que há possíveis consequências psicológicas desse confinamento em massa, uma amostra com mais de mil chineses mostrou altos índices de ansiedade, depressão, uso nocivo de álcool e menor bem-estar mental do que os índices populacionais usuais, de forma geral, pacientes com confirmação ou suspeita da COVID-19 podem sentir medo das consequências da infecção potencialmente fatal, e os que estão em quarentena podem sentir tédio, solidão e raiva (DUARTE et al., 2020).

Quando a saúde mental é afetada como resultado do isolamento social é possível observar nos indivíduos, principalmente idosos, uma mudança negativa de vida, pois saúde é a junção de um conjunto de fatores como, por exemplo, sentir-se bem com a própria imagem, interagir com amigos e familiares, falar, sorrir e ao afastar as pessoas desta rotina de forma abrupta pode causar danos irreparáveis (PEREIRA et al., 2020).

Um estudo transversal realizado entre os meses de abril e maio de 2020 com iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal de Minas Gerais evidenciou que 27,5% dos idosos participantes da pesquisa apresentaram problemas psíquicos alegando sentimento de tristeza, depressão e ansiedade como resultado isolamento social vivido (BARROS et al, 2020).

Apesar de necessário para o controle de disseminação da COVID-19, o fato de isolar-se traz para a pessoa idosa uma solidão que pode causar efeitos significativos para a saúde mental, expondo esses indivíduos à vulnerabilidade emocional

podendo desencadear o aparecimento ou agravamento de patologias psicológicas, intensificando negativamente a qualidade de vida (HAN; MOSQUEDA, 2020).

Diante do exposto esse estudo buscará responder a seguinte pergunta norteadora: quais implicações relacionadas a saúde mental podem acometer idosos durante a pandemia?

Logo o objetivo geral deste estudo é descrever os aspectos da saúde mental do idoso associados a pandemia da COVID-19.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura seguindo a metodologia orientada por Mendes (2008) que a contempla em seis fazes de construção: identificação do tema e seleção da hipótese, busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos, interpretação dos resultados, apresentação da revisão. E afirma também que a contribuição da síntese dos resultados de pesquisas na incorporação de evidências produz conhecimento novo para a prática.

Logo, a primeira etapa deste estudo que delimita o problema de pesquisa já foi descrita no decorrer da introdução, favorecendo a compreensão lógica do processo de elaboração.

A busca na literatura e o período de coleta de dados aconteceu em agosto de 2020 e identificou os artigos acerca deste assunto através da utilização dos descritores e MeSh:"Mental Health ","Aged" e "Pandemics", realizando a combinação entre si com o recurso do operador boleano *AND* como estratégia de busca nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e Web of Science.

O filtro inserido nesta busca corresponde ao período de publicação relacionado ao ano de 2019 e 2020 devido à ampla disponibilidade da literatura nesse período, nos idiomas Inglês e português. Sendo excluídos: repetição nas bases de dados, editoriais e reflexões, além de artigos fora do contexto e ausência de resposta quanto a pergunta norteadora da pesquisa.

Para categorizar os estudos optou-se pela extração das seguintes informações: título, autores, percurso metodológico, periódico e ano de publicação, e as considerações relacionadas ao tema central do objeto de discussão desta revisão. Nos casos em que o resumo era considerado suficiente, selecionavam-se os artigos e a versão integral era obtida para confirmar a elegibilidade e assim incluir no estudo.

Neste artigo foi utilizado o software de referências bibliográficas, proposto devido a importância da metodologia rígida em Revisão Integrativa (RI) e a necessidade do uso de ferramentas de avaliação. O objetivo da presente reflexão é apresentar o uso do gerenciador de referências bibliográficas EndNote® como ferramenta para auxiliar na construção de banco de dados e seleção de estudos primários na condução de revisão integrativa. (MENDES, SILVEIRA e GALVÃO, 2019).

As etapas de avaliação dos estudos e de interpretação dos resultados foram realizadas de forma impessoal, revisada em pares, detalhada de forma criteriosa, buscando a compreensão dos resultados, discutindo a associação dos mesmos com os aspectos relacionados a resposta da pergunta norteadora desta revisão. Seguindo para última etapa que é a descrição da síntese da revisão na constituição deste estudo aqui apresentado.

## Resultados e discussão

Este estudo teve como prioridade extrair da literatura cientifica informações relevantes que pudessem categorizar a relação entre saúde mental dos idosos durante o período da pandemia.

Para facilitar o entendimento dos resultados obtidos foi elaborado um fluxograma com os passos percorridos no decorrer da seleção dos artigos sendo exibido através da Figura1. Então, foi demonstrado na Figura 1 a busca inicial de dados que possibilitou a identificação de 375 artigos na base de dados LILACS e 122 na Web of Science. Resultando em 497 estudos encontrados através da estratégia de busca delimitada e inicialmente sem inserção de filtros.

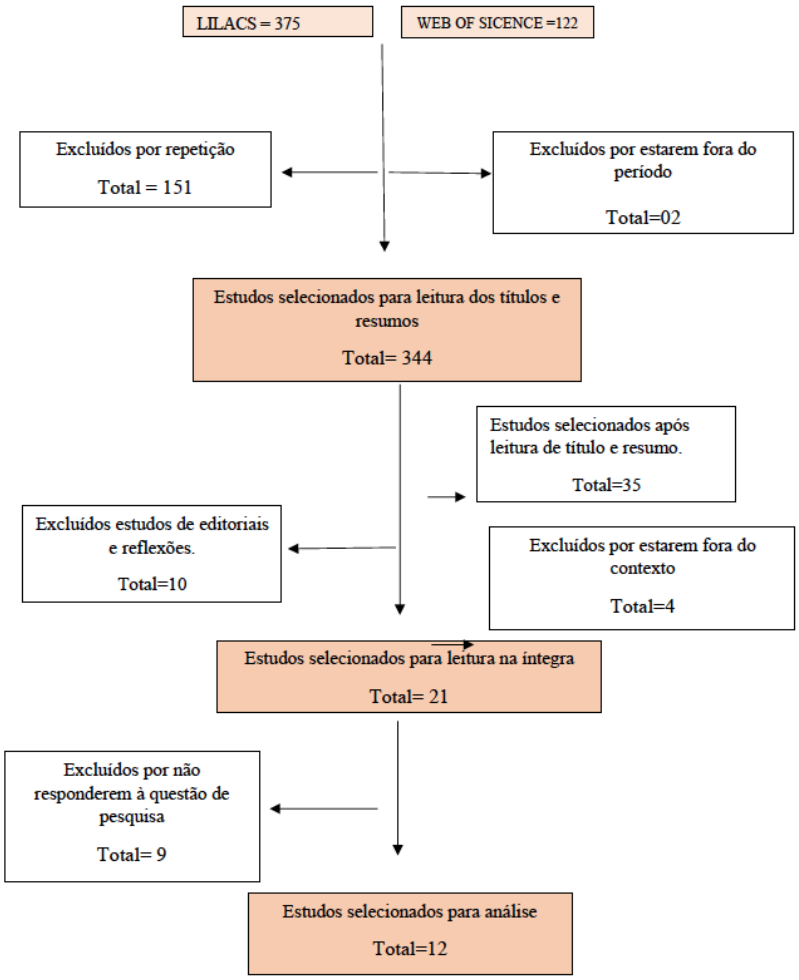
Foram removidos 151 artigos repetidos e 02 que não estavam no limite de tempo correspondendo ao período de publicação entre 2019 a 2020. Assim, após inserção do filtro que delimitou a inclusão inicial dos mesmos, resultou em 344 estudos selecionados para leitura dos respectivos títulos e resumos. Logo em seguida a leitura dos resumos propiciou a aplicação de dois critérios de exclusão de 10 artigos de editoriais e reflexão e 4 artigos que não correspondiam ao contexto do tema abordado nesta pesquisa.

Sendo assim, foram eleitos 35 artigos para leitura completa, porém 9 não respondiam à pergunta norteadora da pesquisa, extraindo dessa forma informações relevantes de 12 artigos referente a esta discussão em questão.

Muito embora a necessidade de cuidados em saúde mental não se limita a minimizar o risco de hospitalização ou controlar os sintomas (CARDOSO

e GALERA,2011). Nos dias atuais essa temática foi bastante explorada, pois, os números expressos na trajetória de construção dessa revisão apontam que neste critério de busca elencado, houve um número grande de estudos publicados com este tema que discutam a relação das implicações da saúde mental em idosos em tempos de pandemia. Porém, neste aspecto é possível considerar também que outas opções de busca com outros descritores poderá levar a um número de estudos distinto do que se descreveu nesta revisão.

Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção dos artigos para revisão integrativa sobre implicações na saúde mental dos idosos durante a pandemia do COVID-19, 2019 a 2020.




Fonte: Dados da própria pesquisa, 2020.

A matriz de síntese desta revisão integrativa, exibida na Tabela 1. Descreve aspectos predominantes na produção do conhecimento sobre a relação do idoso e sua saúde mental no contexto de uma situação de pandemia.

**Tabela 1:** Matriz de síntese dos artigos sobre as implicações nasaúde mental de idosos em tempos de pandemia, 2019 a 2020.

| Artigo | Título e Autores | Percurso Metodológico | Periódico e Ano |
|---|---|---|---|
| 1 | Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. Bei Wu. | Revisão da Literatura | Global Health Research and Policy (2020) |
| 2 | Together We Stand: Suicide Risk and Suicide Prevention Among Israeli Older Adults During and After the COVID-19 World Crisis. -Belz e Aisenberg. | Revisão da Literatura | American Psychological Association (2020) |
| 3 | Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries.: Daoust J-F. | Estudo descritivo transversal | PLOS ONE (2020) |
| 4 | Reducing Social Isolation of Seniors during COVID-19 through Medical Student Telephone Contact. E.E. Office et al. | Estudo observational | The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine (2020). |
| 5 | The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. Gardner e Bagley. | Estudo transversal epidemiológico | JOURNAL OF AGING & SOCIAL POLICY (2020) |
| 6 | I May Never See the Ocean Again: Loss and Grief Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. Ishikawa ZR. | Relato de experiência | American Psychological Association (2020) |
| 7 | Betrayal of Trust? The Impact of the COVID-19 Global Pandemic on Older Persons. Landry et al. | Revisão da Literatura | Journal of AppliedGerontology (2020) |
| 8 | Effects of COVID-19 Pandemic on Health and Wellbeing of Older People: A Comprehensive Review. LekamwasamR. e Lekamwasam S. | Revisão da Literatura | Ann GeriatrMed Res (2020) |
| 9 | Protecting and Improving the Lives of Older Adults in the COVID-19 Era. Miller EA. | Revisão da Literatura | JOURNAL OF AGING & SOCIAL POLIC (2020) |
| 10 | COVID-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. Mills et al. | Epidemiológico | JCI Insight (2020) |

ISBN 978-65-86901-26-9

| Artigo | Título e Autores | Percurso Metodológico | Periódico e Ano |
|---|---|---|---|
| 11 | COVID-19: Clinical Challenges in Dutch Geriatric Psychiatry. Naarding, et al. | Relato de caso | Am J GeriatrPsychiatr (2020) |
| 12 | COVID-19 AND INTRINSIC CAPACITY. Nestola et al. | Revisão da literatura | J Nutra Health Aging. (2020) |

| Artigo | Principais achados |
|---|---|
| 1 | Proibição das visitas para os Residentes de Instituições de Longa Permanência, afim de minimizar a propagação do vírus, isso poderia ter um resultado negativo significativo na saúde mental dos idosos como a experiência de isolamento social e solidão. |
| 2 | Riscos de suicídio devido a desconexão social, com 45,5% dessa população com a pandemia do Covid-19. |
| 3 | Mais cautela em tratar a idade como tendo um efeito linear nos resultados em relação ao Covid-19. |
| 4 | Amizades por telefone realizadas por estudantes de medicina a moradores de Instituições de Longa Permanência, utilizando estratégias de tecnologia e informação, demonstrando um impacto positivo na saúde mental dos idosos. |
| 5 | Restrições rígidas de acesso á visitação, os lares deveriam permitir visitantes ao menos que seja para uma situação ao fim da vida. |
| 6 | A pandemia COVID-19 afetou desproporcionalmente adultos mais velhos, não apenas pelo maior risco dedoença e morte, mas também exacerbando a angústia subjacente relacionada ao envelhecimento e mortalidade, sofrimento através do luto antecipado. |
| 7 | De acordo com a OMS-Europa, 95% do COVID-19as mortes ocorrem entre pessoas com mais de 60 anos e, além disso,50% de todas as mortes ocorrem entre pessoas com 80 anos ou mais, um grupo não adquirirá a doença, mas vai passar os próximos meses sob isolamento esmagador e sob muito estresse e incerteza. |
| 8 | Os efeitos negativos são mais graves em populações como adultos mais velhos que têm maiores riscos de adquirir infecção, mais complicações relacionadas com doenças e aumento do risco de morte. Além de resultados clínicos ruins, essas medidas têm efeitos negativos profundos na saúde mental das populações mais velhas. |
| 9 | Os adultos mais velhos foram particularmente atingidos, morrendo em números desproporcionalmente maiores. Instalações incluindo aumento do isolamento social, o risco econômico o envelhecimento revelado, tratamento médico retardado e desafios para atender às necessidades básicas. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| Artigo | Principais achados |
|---|---|
| 10 | A situação costuma ser pior em lares de idosos, onde normalmente, menos EPI está disponível no local, é a adaptação de novas tecnologias de prevenção de infecções geralmente ocorre muito mais tarde do que em ambientes de cuidados intensivos. Uma lição clara da pandemia COVID-19 é que os lares de idosos são um alvo importante e de alto risco. |
| 11 | A proibição da família e de outros contatos sociais, podem agravar sentimentos de solidão, podendo aumentar ainda mais transtornos psiquiátricos. |
| 12 | As questões psicológicas são mais acentuadas pela separação não natural dos pacientes de suas famílias devido à necessidade de isolar pessoas infectadas. A dificuldade de visitar parentes doentes no hospital, a incapacidade de despedir-se do falecido com funeral, a contínua suspeita de que o vírus pode estar escondido atrás de um abraço ou um aperto de mão, são apenas alguns exemplos que mostram a enormidade e absurdo da situação atual. |

Após estudo dos achados da pesquisa, definiram-se dois eixos para melhor desenvolvimento da discussão científica: o impacto do isolamento social para o idoso durante a pandemia e o uso das tecnologias como aliadas positivas frente à pandemia.

## Eixo 1: o impacto do isolamento social para o idoso durante a pandemia

Em situações pandêmicas, observa-se o aparecimento de agravantes psicológicos nas pessoas que vivenciam o processo, quando a situação está associada à cuidados de saúde não eficientes, pode ser visto que o quantitativo de pessoas com patologias psicológicas pode ter números maiores quando comparados aos infectados pelo agente causdor da doença (LIMA, 2020).

Diante da situação emergente que a pandemia trouxe para a sociedade, torna-se importante direcionar cada vez mais a atenção para novas perspectivas das políticas voltadas para saúde mental; a Organização Mundial de Saúde (OMS) juntamente com profissionais inseridos no campo psiquico têm construído e propagado documentos contendo instruções de como lidar com as questões psicológicas durante a pandemia (BARROS et al, 2020).

No momento em que um indivíduo necessita isolar-se socialmente significa dizer que o contato físico com outras pessoas será restrito, sem aproximaçao direta e atrelado a este isolamento tem-se a solidão que é a consequência de estar isolado, sentimento frequentemente sentido em pandemias (WU, 2020).

ISBN 978-65-86901-26-9

Se tratando de idosos, a disseminação de COVID-19 no mundo colocou essa população em relação direta aos seus medos, como ter constante ideia de morte e forma de morrer (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Sabe-se que, porém, que o isolamento social é considerado importante medida protetiva contra a propagação do vírus, entretanto, é importante explanar mais sobre seus impactos negativos para idosos que necessitam viver sozinhos, pois podem tornar-se mais vulneráveis à acidentes que também colocam a saúde em risco, como quedas ao utilizar o banheiro, alimentação inadequada e depressão (OFFICE et al, 2020).

É possível observar também que muitas vezes o idoso é grande ajudante financeiro de sua família, tendo em vista grande parte destes indivíduos já possuir aposentadoria fixa, o isolamento, neste contexto, também traz impactos emocionais negativos, pois por não poder ausentar-se de seu domicílio, os idosos ativos não são aconselhados a ir, por exemplo, até o banco realizar suas compras pessoais; necessitando da ajuda de terceiros (HAMMERSCHMIDT; BONATELLI; CARVALHO, 2020).

Outro fator importante a ser destacado é a presença de doenças pré existentes na terceira idade, como a demência cognitiva que é uma comorbidade inserida em número considerável dentre as pessoas idosas e este fator pode torná-las mais suscetíveis ao surgimento de problemas emocionais diante de um isolamento, podendo haver mudanças de comportamento importantes, sendo capaz de ocasionar agressividade ou tristeza excessiva, além da sensação de abandono pelas pessoas amadas (LIMA, 2020).

Nessa perspectiva, é importante salientar que entre os fatores negativos associados ao isolamento, a sobrecarga de estresse é também componente preocupante, um estudo realizado no primeiro semestre de 2020 por pesquisadores da região nordeste e sudeste detectou que 73% dos participantes da pesquisa expressaram elevação nos níveis de estresse sentido durante pandemia decorrente do isolamento, atrelado a esta problemática também foram registrados relatos de mudanças no sono dos entrevistados, contemplando 67% da amostra (BEZERRA et al, 2020).

## Eixo 2: o uso das tecnologias como aliadas positivas frente à pandemia

Viver em meio a pandemias pode acarretar em problemas impactantes na vida da população, além do sentimento de solidão e medo, existe também a

ISBN 978-65-86901-26-9

preocupação financeira e a ansiedade gerada diante do excesso de informação negativa nos noticiários, sendo esta problemática propagada para toda sociedade (MAGALHÃES et al, 2020).

Diante das dificuldades apresentadas pelo período de isolamento acarretado pela pandemia, o setor saúde necessitou reinventar-se em alguns aspectos para assim atendender os indivíduos adoecidos tanto de forma física como psicológica; exemplo disso é a inserção da tecnologia como mecanismo de auxílio na assistência (LIMA, 2020).

A necessidade de comunicação estimulou a busca de informações, contatos, notícias e principalmente meios para solucionar atividades de vida diária como compra de alimentos, remédios entre outros. Os recursos tecnológicos pelo uso da internet foram uma das alternativas encontradas para enfrentar essa fase em que muitos se encontravam distantes de tudo e necessitavam resolver situações da vidadiária, entre elas, as de relacionamentos e convivência social (VELHO; HERÉDIA, 2020).

Levando em consideração os efeitos sobre a saúde mental e física da população idosa, intervenções são necessárias para minimizar o risco de morbidade e de infecção de COVID-19, sendo as estratégias de tecnologia da informação e comunicação consideradas promissoras, podendo causar a minimização dos efeitos do isolamento social (OFFICE, et al.).

Nesse contexto, os meios tecnológicos são considerados ferramentas importantes para o surgimento de novas terapêuticas, tratamentos e fornecimento de saúde; sendo possível analisar importantes ganhos quando usados de maneira correta e através da melhor plataforma (MAGALHÃES et al, 2020).

A inserção da tecnologia em momentos de crise é vista como importante processo de produção em saúde, e diante da diversificaçao desse meio como as muitas plataformas existentes é preciso que haja união entre elas, extinguindo-se competição, tendo em vista que todas buscam o objetivo de melhoria dos pacientes que necessitam de cuidados em saúde (CECCON, 2020).

Lima (2020) cita a tecnologia conhecida como teleatendimento como importante ganho durante este período pandêmico, sendo esta modalidade regulamentada pelo conselho federal de psicologia, juntos com o ministério da saúde e conselho federal de medicina. De acordo com a liberação deste meio é permitido assim a assistência sem custos para os pacientes, com equipe multidisciplinar (médicos, psicológos e outros), através da internet de forma online.

No estudo realizado por Magalhães et al (2020), o aplicativo Whatsapp é considerado como recurso facillitador na promoção da saúde e propagação de atualizações, podendo ser criado através deste canais abertos com profissionais de saúde e pacientes gerando assim orientações de cuidados, alerta de sintomas e tratamentos.

Um estudo realizado em julho de 2020 por pesquisadores de Caxias do Sul, evidenciou que os idosos com algum tipo de conhecimento sobre uso das tecnologias como computadores, tablets esmartphone encontraram diversas oportunidades durante vivência no isolamento, seja pela realização de vídeo chamada ou pesquisas online para busca de filmes ou até mesmo para compras virtuais, desta forma o isolamento pode tornar-se menos agressivo. Entretanto, é importante um apoio para o manuseio dos aplicativos, pois muitas vezes a linguagem não é acessível aos indivíduos mais velhos (VELHO; HERÉDIA, 2020).

## Considerações finais

A saúde mental durante uma pandemia é um fator de influência clara principalmente quando se trata de pessoas idosas devido a sua vulnerabilidade social, tal situação acaba refletindo em resultados positivos e negativos em todo esse contexto, deixando claro a evidente necessidade de se promover intervenções relacionadas a esse aspecto de emergência em saúde.

Foi possível concluir que a pandemia do COVID-19 trouxe implicações significativas para o idoso no campo da saúde mental, como o isolamento social que neste sentido destaca-se como importante desencandeador de doenças psiquícas como depressão, ansiedade e pânico.

O fato da população idosa ser mais exposta à doenças e suas complicações, trouxe a sensação de morte e luto antecipado dentre estes indivíduos, gerando medo excessivo à um vírus invisível e desconhecido, fatores esses atrelados ao contato distante ou inexistente de família e amigos.

Destaca-se também a necessidade de maior número de pesquisas, em especial nacionais, abordando a temática para que assim haja melhora na disseminação de conhecimento científico em busca de uma melhoria assistêncial.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde**. 29(4). Disponível em: https://scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n4/e2020427/pt. Acesso em: 19 set 2020.

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia COVID-19. **Ciência & saúde coletiva**. 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25suppl1/2411-2421/pt. Acesso em: 30 set. 2020.

CARDOSO, Lucilene; GALERA, Sueli Aparecida Frari. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo , v. 45, n. 3, p. 687-691, June 2011. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300020&lng=en&nrm=iso>. Accesson 30 Aug.

CECCON, Roger Flores. Light technologies in the pandemic times: Health education as a device to fight the Coronavirus. **Health sciences**. 2020. Disponível em:https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136/160. Acesso em: 01 out. 2020.

COSTA, Roberto M.; VIGÁRIO, Patrícia dos Santos. A covid-19 e o distanciamento social: quando a onda da internetsubstituiu a onda do mar para a prática de exercícios físicos. **Rev. Augustus.** Rio de Janeiro, v.25, n. 51, p. 335-356, jul./out. 2020. Disponível em: https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/568. Acesso em: 29 set 2020.

COVID-19 Pandemic. **Braz. J. Head. Rev.,** Curitiba, v. 3, n. 2, p. 2804-2813 mar./par. 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8463#:~:text=(2020)%20%3 E%20Raiol-,Praticar. Acesso em: 29 set 2020.

DUARTE, Michael Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.**

Agosto 2020. Disponível em:https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3401.pdf. Acesso em:19 set 2020.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de; SANTANA, Rosimeire Ferreira. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. **Cogitar Enfermagem**. 25:e 72849. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849/pdf. Acesso em: 27 set. 2020.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de; BONATELLI, Lidiane Capanema Silva; CARVALHO, Anderson Abreu de. Caminho da esperança nas relações envolvendo os idosos: olhar da complexidade sob pandemia do COVID-19. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/281/403. Acesso em: 27 set. 2020.

HAN, S Duke; MOSQUEDA, Laura. Elder Abuse in the COVID-19 Era. **J AmGeriatri Soc**. Jul;68(7):1386-1387. 2020. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.16496. Acesso em: 19 set 2020.

LIMA, Rosano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela COVID-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Revista de Saúde Coletiva**. v 30(2), e300214. 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n2/e300214/pt. Acesso em: 30 set. 2020.

MAGALHÃES, Ana Claúdia de. et al. Isolados e conectados: atendimento psicossocial de crianças e seus familiares em tempo de distanciamento social**. Health residencies journal.** v. 1 n. 2 2020. Disponível em: https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/11. Acesso em: 01 out. 2020.

MENDES, K.S; SILVEIRA, R. C.; 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. Acesso em 30 de agosto de 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto contexto**

- **enferm**., Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072019000100602&lng=en &nrm=iso>. access on 02 Oct. 2020.

MORAES, Edgar N. et al. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9):3445-3458, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3445.pdf. Acesso em 19 set 2020.

OFFICE, Emma E. et al. Reducing Social Cogito COVID-19 through Medical Cogito. **The Society for Post-Outhandling-Term Care Medicine**. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861020304916. Acesso em: 27 set. 2020.

OMS, Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade de Saúde Mental e Uso de Substâncias. (2016). Protecional de Salud mental y Salud epidemias. Disponível em: https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_users&view=login&return=aHR0cH M6Ly93d3cucG F o b y 5 v c m c v Z G 1 z Y X N 0 Z X J z L 2 1 u Z G V 4 L n B o c D 9 v c H R p b249Y29tX2RvY2 1hbiZ2aWV3PWRvd25sb2FkJmNhdGVnPSZJdGVta-WQ9MTE3OSZsYW5nPWVu&lang=e n&Itemid=101. Acesso em: 23 set. 2020.

PEREIRA, Mara D. et al. A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa. **Research, Salud,** v. 9, n. 7, e652974548, 2020. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/493/960. Acesso em: 19 set 2020.

RAIOL, Rodolfo A. Salud for physical and mental physical and

SCHUCHMANN, Alexandra. Z.et al. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **os dilemas Health Review**, 3(2), 3556–3576. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9128/7738. Acesso em: 23 set. 2020.

VELHO, Fábio D.; HERÉDIA, Vânia. O idoso em quarentena e o impacto da tecnologia em sua vida. **Rosa dos Ventos Turismo e Hospitalidade**,12 (3 – Especial Covid-19), 1-14. Disponível em: http://dx.doi.org/10.18226/21789061.v12i3a09. Acesso em: 29 set 2020.

WU, Bei. Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. **Global health research and policy**. 2020. Disponível em: https://ghrp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41256-020-00154-3. Acesso em: 01 out. 2020.

# ESTEREÓTIPOS VISUAIS DO IDOSO NA PUBLICIDADE BRASILEIRA

Amanda Cristina de Oliveira[1]
Sandra Souza[2]

**Resumo:** Este artigo traz um panorama nacional das representações dos idosos em vídeos publicitários, com foco em imagens que retratam indivíduos desta faixa etária usando Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). O objetivo do panorama foi identificar se o idoso é abordado como público-alvo relevante ou apenas como personagem coadjuvante e quais são os estereótipos associados à velhice mais recorrentes nessas mensagens publicitárias. O corpus da análise foi composto por 42 anúncios, veiculados entre 2011 e 2017, retratando idosos em interação com as TICs. A metodologia escolhida foi a Análise de Conteúdo (AC) e os indicadores observados fundamentaram-se nas mediações comunicativas da cultura de Martín-Barbero. Foi identificado que o segmento de mercado que mais utiliza personagens idosos em contato com as TICs é o de tecnologia em si, com 43% do total dos anúncios da amostra. Em seguida, surgem os bancos, com 24% da amostra. O estereótipo mais recorrente, presente em 37% das peças marcárias analisadas, foi chamado pelas autoras de avós digitais e reforça uma percepção de que o idoso é ligado à família, transmite amabilidade e usa a tecnologia com desenvoltura. No total, sete estereótipos foram identificados, demonstrando uma heterogeneidade de visões acerca da velhice, presente no mercado publicitário.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Idosos, TICs, Publicidade brasileira, Estereótipos.

---

1 Mestre em Ciências da Comunicação pela Escola de Comunicações e Artes da USP, membro do GEIC – Grupo de Estudos da Imagem na Comunicação, profissional especializada em Comunicação Corporativa e Marketing Digital, amandac_oliveira@yahoo.com.br

2 Professora Sênior e Livre-Docente da Escola de Comunicações e Artes da USP –SP, líder do GEIC e orientadora de mestrado da autora principal pelo Programa de Pós-graduação em Ciências da Comunicação (PPGCOM) da Escola de Comunicações e Artes da USP, smrdsouz@gmail.com

## Introdução

Este artigo foi baseado na pesquisa de mestrado desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação (PPGCOM) da Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo (ECA-USP), dentro da linha de pesquisa Consumo e Usos Midiáticos nas Práticas Sociais. Seu eixo temático central é a análise de representações dos idosos na publicidade em vídeo brasileira (tanto em comerciais veiculados na TV quanto em peças produzidas para as mídias sociais YouTube e Facebook), com foco em imagens que retratam indivíduos desta faixa etária usando as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), para responder às questões: a) se os idosos estão usando mais as TICs e o mercado consumidor formado por esta faixa etária está em ascensão, como este cenário vem sendo representado nos discursos atuais da publicidade?; b) o idoso é abordado como público-alvo relevante ou apenas como personagem para chamar atenção de outras faixas etárias?; c) quais são os estereótipos mais recorrentes associados à velhice nessas mensagens publicitárias ou marcárias?

O cenário atual da sociedade brasileira é propício para o desenvolvimento de uma pesquisa com esta temática. Com o envelhecimento populacional, reflexões sobre o idoso na sociedade, em diversos aspectos, vêm se tornando mais frequentes nas últimas décadas: "[...] desde os anos 80, a velhice e as questões relacionadas com o envelhecimento ocupam cada vez mais espaço entre os temas que preocupam a sociedade brasileira" (DEBERT, 1999, p. 203).

As representações da velhice são complexas e pesquisas de mercado apontam que os idosos não se sentem representados pelas campanhas publicitárias. Um dos motivos possíveis para a falta de uma representação mais realista é o foco do mercado em apenas uma pequena parcela dos idosos, que possui maior poder aquisitivo, em detrimento de toda a diversidade existente. Um outro ponto a ser levado em consideração no aspecto da falta de representações realistas é o perfil dos publicitários que atuam nas áreas de criação das agências: são jovens, em sua maioria, e ainda não vivenciaram o processo de envelhecimento.

A escolha do foco na análise de peças publicitárias que trazem, especificamente, personagens idosos em interação com as TICs justifica-se pela tendência de crescimento no acesso dos indivíduos com mais de 60 anos à internet. Trata-se tanto da emergência de um novo mercado consumidor

ISBN 978-65-86901-26-9

quanto de uma nova prática social entre os mais velhos. Estes usam as TICs de uma forma própria, com peculiaridades e características que diferem do uso feito pelos mais novos. Enquanto os mais jovens são chamados de nativos digitais, os adultos e idosos podem ser identificados por meio da metáfora dos imigrantes digitais (PRENSKY, 2001, p.3).

No entanto, se encorajar o envelhecimento ativo é benéfico para o bem-estar dos idosos, pois promovem-se modos de vida mais saudáveis, que incluem atividades físicas, lazer, socialização etc., há, por outro lado, correntes de pensamento que questionam se tais imagens do envelhecimento não serviriam como gatilhos para a discriminação das pessoas que não atingem as altas expectativas que essas narrativas geram em termos de um estilo de vida difícil de ser alcançado. Em um ou outro caso, o objetivo secundário deste artigo é contribuir com os debates acadêmicos sobre o tema que vêm sendo desenvolvidos nos últimos anos, além de ser fonte de dados para os segmentos de propaganda e marketing. Na prática, pretende-se munir o setor com informações que possam ser relevantes para o desenvolvimento de estratégias de comunicação mais assertivas, que conversem com os idosos e sejam capazes de representar seus indivíduos.

## Metodologia e referencial teórico

Para encontrar as respostas às questões mencionadas na introdução, o método escolhido foi a análise de conteúdo (AC), uma vez que se trata de uma técnica utilizada pelo campo das Ciências Sociais que busca compreender a sociedade por meio da análise sistematizada de textos produzidos em seu contexto.

> A AC muitas vezes implica em um tratamento estatístico das unidades de texto. Maneira objetivada refere-se aos procedimentos sistemáticos, metodicamente explícitos e replicáveis: não sugere uma leitura válida singular dos textos. Pelo contrário, a codificação irreversível de um texto o transforma, a fim de criar nova informação desse texto. Não é possível reconstruir o texto original uma vez codificado; a irreversibilidade é o custo de uma nova informação. A validade da AC deve ser julgada não contra uma 'leitura verdadeira' do texto, mas em termos de sua fundamentação nos materiais pesquisados e sua congruência com a teoria do pesquisador, e à luz de seu objetivo de pesquisa. (BAUER; GASKELL, 2003, p. 191)

A seleção da amostra foi definida com base nos seguintes critérios: publicações veiculadas entre 2011 e 2017 (data limite para formação do corpus da pesquisa), no país, retratando idosos em interação com as TICs, independentemente do tempo de exposição do idoso na peça publicitária e se a personagem tinha falas ou não.

Foram excluídas da amostra peças de uma mesma campanha cujo conteúdo era muito semelhante. Por exemplo, a campanha do Itaú com as vovloggers é composta por sete vídeos das idosas, ora sozinhas, ora em interação com influenciadores digitais, porém apenas duas destas peças foram analisadas: a primeira peça da campanha e o vídeo no qual as idosas conversam com a YouTuber Pathy dos Reis, por ser este o conteúdo com maior número de visualizações.

Por outro lado, peças que evidenciavam estereótipos da relação entre idosos e TICs, mas sem que o idoso estivesse efetivamente em contato físico com algum dispositivo na propaganda, foram incluídas na análise. O anúncio Xadrez, do Café Pelé, que mostra um embate entre uma jovem mãe e sua sogra, no qual a primeira usa vídeos assistidos pelo YouTube como forma de demonstrar que seus argumentos são mais fortes, derrotando a personagem mais velha, que baseia seus argumentos na leitura de um livro, é um exemplo.

Assim, o corpus da pesquisa foi constituído por 42 peças publicitárias:

Tabela 1 – Lista de anúncios constituintes do corpus de análise

| | Nome do anúncio | Anunciante/Agência | | Nome do anúncio | Anunciante/Agência |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | Hashtag | Itaú/ DM9DDB | **22** | Tá com saudade do vovô? | Vivo/ não identificada |
| **2** | Desafio Digital Itaú | Itaú/África | **23** | Vovó Moderna | Vivo/Africa |
| **3** | Velhinhos Descolados (Aristeu) | Ultrafarma/ JotaCom | **24** | Novo irmão | Vivo/DPZ&T |
| **4** | Velhinhos Descolados (Adelaide) | Ultrafarma/JotaCom | **25** | Santander Acredita | Santander/Talent Marcel |
| **5** | Orientação para Idosos | ANS/Popcorn | **26** | Google Duo - Chamadas com Qualidade | Google/ não identificada |
| **6** | Rap do Desapega | OLX/Ogilvy Brasil | **27** | A Saúde Está nos Detalhes | Medley/Publicis |
| **7** | HPExplica | HP/AlmapBBDO | **28** | Só quem é NET dá show em toda tela | NET/Talent Marcel |
| **8** | Vovó Conectada | Whirpool/DM9DDB | **29** | Ofertas Setorizadas | Santander/Talent Marcel |
| **9** | Floricultura | Copel Telecom/ Master Comunicação | **30** | Marceneiro | Vivo/Africa |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | Nome do anúncio | Anunciante/Agência | | Nome do anúncio | Anunciante/Agência |
|---|---|---|---|---|---|
| **10** | Dia das Mães | Ponto Frio/Y&R | **31** | Vem pra cá, vem ser NET | NET/Talent Marcel |
| **11** | Dia dos Pais | Ponto Frio/Y&R | **32** | Digitau - pra quem não manja de tecnologia | Itaú/DM9DDB |
| **12** | Mais espaço para suas memórias | Samsung/ Leo Burnett | **33** | Digitau - facinho como o Facebook | Itaú/DM9DDB |
| **13** | Os pais vão invadir a internet | Claro/Ogilvy Brasil | **34** | Digitau - segurança | Itaú/DM9DDB |
| **14** | Casa dos Avós | Pilar/não identificada | **35** | Homemenagem | Brastemp/FCB Brasil |
| **15** | Fibra ou... Pirata | Vivo/África | **36** | Repense | Vivo/Y&R |
| **16** | Next | Bradesco/ não identificada | **37** | Aplicativo Cartões Caixa | Caixa/Artplan |
| **17** | Homenagem ao Dia do Idoso | Bigfral/ não identificada | **38** | Esquadrão Desapega - Vovô te ensina como vender na OLX | OLK/Ogilvy |
| **18** | Encontro entre dois irmãos | Volkswagen/Almap BBDO | **39** | Manual para as mães nas redes sociais - episódio Facebook | Claro/Ogilvy |
| **19** | Sem título | Seguralta/ não identificada | **40** | Vovô por trás dos memes - Para nossa alegria | OLX/Ogilvy |
| **20** | São João | Sko /F/Nazca | **41** | Galaxy S8 | NET/Talent Marcel |
| **21** | Xadrez | Café Pelé/ Lew Lara | **42** | Chá Digitaú - com Pathy dos Reis | Itaú/África |

Foi elaborado um protocolo de análise com base nos eixos constituintes do mapa das mediações comunicativas da cultura, de Martín-Barbero (2015). Tal modelo foi escolhido uma vez que se busca explicar a comunicação de forma abrangente, considerando as tensões e conflitos existentes na sociedade e a maneira como os meios de comunicação são espaços-chave para articulá-los.

Para Martín-Barbero, é no terreno do simbólico "que se articulam as interpelações a partir das quais os sujeitos e as identidades coletivas se constituem"(MARTÍN-BARBERO, 2015, p. 286-287). Assim, analisar e compreender estes símbolos é uma oportunidade para refletir sobre o papel do idoso como sujeito na sociedade, bem como sobre as relações de poder e os conflitos em que este grupo etário está inserido e que definem sua participação no tecido social.

ISBN 978-65-86901-26-9

Figura 1 – Mapa das Mediações

Fonte: MARTÍN-BARBERO, 2015, p. 16

Todas as mediações foram incluídas no protocolo de análise, com exceção da dimensão da recepção, uma vez que o foco desta dissertação está no polo da produção. As demais, foram consideradas e observadas, algumas com maior intensidade, pelo maior potencial de contribuir com as interpretações da análise do objeto, e outras com menor intensidade.

O protocolo foi desenvolvido em duas partes: a primeira com o objetivo de sistematizar as principais informações quantitativas do corpus de pesquisa e demonstrar a frequência de cada indicador selecionado, é mostrado na tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Protocolo de análise (parte 1)

| *Institucionalidade* | | | *Formatos Industriais* |
|---|---|---|---|
| 1: Marca | 2: Segmento de mercado do anunciante | 3: O idoso é o público-alvo prioritário do anúncio? (*Sim/Não*) | 4: Veiculação prioritária (*TV/Internet*) |
| *Tecnicidade* | | *Socialidade* | |
| 5: Qual aparelho é utilizado? (*Desktop/Notebook/Smartphone/Tablet*) | 6: O idoso apresenta alguma dificuldade no uso do aparelho? (*Sim/Não*) | 7: O idoso é o protagonista da peça publicitária? (*Sim/Não*) | 8: O idoso está sozinho ou acompanhado? (*Sozinho/Acompanhado*) |
| *Matrizes Culturais* | | | |
| 9: Temporalidade da narrativa | 10: Espacialidade da narrativa | 11: Classe social do idoso (observação de cenário, indumentária, etc.) | |
| *Lógicas de produção* | | | |
| 12: Idade aproximada do idoso (60-69, 70-79) | 13: Palavras-chave do anúncio | 14: Música | |

É importante destacar alguns critérios usados para a categorização dos dados. O indicador 3 (idoso como público-alvo do anúncio) foi preenchido com base na percepção das autoras com relação à narrativa. Em algumas peças específicas, como no caso de anúncios para o Dia das Mães ou o Dia dos Pais, o direcionamento era mais claro – o idoso não é o público-alvo, mas sim seus filhos. Em outras ocasiões, foi necessário buscar essa resposta com base na natureza do produto anunciado, nas características das personagens (em caso de idosos muito caricatos ou de deboche, considerou-se que não eram eles os públicos da marca) e na narrativa em si.

No caso do indicador 4 (veiculação prioritária), quando o anúncio foi veiculado em ambas as mídias, a TV foi considerada como principal, uma vez que os investimentos da veiculação neste meio são mais altos no país. Além disso, quando não foi possível acessar a ficha técnica dos anúncios, considerou-se o tempo de vídeo para apontar a mídia para a qual determinada peça foi produzida: nestes casos, anúncios com 15, 30 ou 60 segundos foram classificados como TV e abaixo ou acima deste tempo, internet.

A idade aproximada do idoso (indicador 11) foi apontada com base em suas características físicas, principalmente a pele e os cabelos. Assim, os personagens com menos rugas e cabelo grisalho foram classificados como tendo entre 60 e 69 anos. Já os que apresentavam rugas um pouco mais profundas e cabelos mais brancos entraram para o grupo de 70 a 79 anos. Os idosos com mais rugas e cabelos completamente brancos seriam identificados como tendo 80 anos ou mais, porém não foram identificados anúncios com esta faixa etária.

Por fim, a classe social (indicador 12) foi definida baseada no contexto das cenas, principalmente no que se refere à casa do idoso, suas roupas e outros bens que aparecem nos comerciais.

A segunda etapa do protocolo analisou a narrativa das peças e os estereótipos mais recorrentes, de forma qualitativa. Nesta etapa, o protocolo foi organizado com sete elementos centrais:

Tabela 3 – Protocolo de análise (parte 2)

| *Tecnicidade* | *Ritualidade* | *Socialidade* |
|---|---|---|
| 15: Qual o uso do aparelho? (*Funcional* \| *Entretenimento* \| *Conexão* \| *Uso indireto*) | 16: Que rotina faz parte das representações da velhice e está presente na cena? | 17: Com quem o idoso se relaciona por meio da tecnologia? (*Com jovens* \| *Com outros idosos* \| *Não se relaciona*) |

ISBN 978-65-86901-26-9

| *Matrizes Culturais* | | | |
|---|---|---|---|
| 18: Argumento publicitário do anúncio. | 19: Há humor? (*Sim* \| *Não*) | 20: Qual estereótipo da pessoa idosa se aplica? (*ver tabela 4*) | 21: Qual mensagem o idoso relacionando-se à tecnologia quer passar como argumento publicitário? |

Para a análise dos estereótipos acerca da pessoa idosa (indicador 20), usou-se como base a classificação de Hummert, et al. (2004, p. 93), que identificaram sete estereótipos[3] da velhice, baseados em arquétipos culturais do envelhecimento correntes na sociedade. Três são positivos e quatro são negativos. Os positivos são: Golden Ager (Idade de Ouro), Perfect Grandparent (Avô Perfeito) e John Wayne Conservative (Conservador); os negativos, Severely Impaired (Gravemente Debilitado), Despondent (Desanimado), Recluse (Recluso) e Shrew/Curmudgeon (Grosseiro). As principais características de cada um dos estereótipos estão descritas na tabela 4.

Tabela 4 – Estereótipos da pessoa idosa

| **Estereótipos com características negativas** | **Estereótipos com características positivas** |
|---|---|
| Gravemente debilitado: pensamento lento, incompetente, fraco, incoerente, inarticulado, senil. | Idade de ouro: animado, aventureiro, alerta, ativo, sociável, espirituoso, independente, produtivo, bem-sucedido, saudável, sexuado, boa autoestima, corajoso. |
| Desanimado: depressivo, triste, sem esperanças, assustado, solitário. | |
| Grosseiro: "reclamão", mal-humorado, preconceituoso, exigente, rígido, egoísta, ciumento, mimado, intrometido. | Avô perfeito: interessante, gentil, amável, orientado à família, generoso, grato, solidário, digno de confiança, inteligente, sábio, bem informado. |
| Recluso: quieto, tímido, ingênuo. | Conservador: patriota, religioso, nostálgico, aposentado, emotivo, maduro, determinado, orgulhoso. |

3 O conceito de estereótipo usado pelos autores é baseado na psicologia cognitiva. Eles defendem que os estereótipos ligados à idade são modelos mentais de percepção dos indivíduos, que têm a idade como princípio básico de categorização, na qual a categoria mãe é a older adult (adulto mais velho) e que, a partir dela, surgem as categorias subordinadas.

## Resultados e Discussão

A maior parte das peças analisadas (29%) foi veiculada por provedores de serviços de internet, telefonia ou TV a cabo. Nesta categoria estão as seguintes companhias: Vivo, NET, Claro e Copel Telecom, provedor de internet banda larga do estado do Paraná. Em seguida, vêm os bancos, com 24%: Itaú, Santander, Bradesco e Caixa. Empresas ligadas ao setor de tecnologia e informática, seja pela prestação de serviços por meio da internet ou venda de hardware, figuram em terceiro, com 14% do total. São elas: OLX, Samsung, Google e HP. Os segmentos de alimentos e bebidas (Pilar, Café Pelé e Skol) e farmacêutico (Ultrafarma e Medley) surgem em seguida, empatadas com 7% cada. Por fim, outras categorias verificadas foram: varejo (Ponto Frio), automotivo (Volkswagen), bens de consumo (Brastemp e Consul), fraldas geriátricas (Bigfral), órgão público (ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar) e rede de corretoras de seguro (Seguralta).

A predominância de provedores de serviços de internet, telefonia ou TV pode explicar-se pela própria natureza do objeto, uma vez que buscamos compreender o uso das TICs por idosos representados na publicidade. É natural e esperado que empresas ligadas ao setor estivessem presentes, assim como os fornecedores de produtos e serviços na área de tecnologia e informática. Somados, estes segmentos representam 43% da amostra, um montante representativo, mas que apresenta uma grande heterogeneidade no que diz respeito às mensagens que o personagem idoso transmite nos anúncios.

Ainda com relação à institucionalidade, apenas 12% das peças tinham características que demonstravam que a narrativa havia sido pensada para dialogar com o idoso e abordavam temas inerentes à velhice (por exemplo,- discriminação dos mais velhos por planos de saúde; datas comemorativas "Dia dos Avós" e "Dia do Idoso"; estímulo a uma vida mais ativa).

Passando para a mediação dos formatos industriais, 29% das peças analisadas foram veiculadas prioritariamente pela internet e os 71% restantes pela TV. Um traço marcante das peças veiculadas pela internet é a predominância do humor. Das 12 peças veiculadas na internet, nove (75%) tinham esta característica, enquanto na TV o percentual de anúncios que usaram este recurso ficou em 56%.

Com relação aos dispositivos utilizados pelos idosos nos anúncios, há predominância do celular/smartphone, com 52% do total. Os computadores (notebooks + desktops) representam um terço da amostra (33%) e os tablets

ISBN 978-65-86901-26-9

apenas 4%. Das peças em que o idoso efetivamente usa o aparelho, em apenas uma é evidenciada certa dificuldade na utilização (Skol, São João). Há ainda casos em que há formas peculiares de utilização: ora são vistas como inadequada pelos jovens, ora a desenvoltura é tão grande que causa espanto. Com relação ao uso do dispositivo, a maior parte dos idosos realiza atividades chamadas de "funcionais", que abrangem uso de internet banking, fazer compras pela internet, trabalhar, vender itens usados, dentre outras atividades similares. Em seguida, estão atividades de entretenimento como usar redes sociais, assistir a filmes e tutorais, tirar selfies etc. O uso para conexão surge apenas em terceiro lugar, com 19% do total. Nesta categoria estão os idosos que falam ao telefone, usam mensagens instantâneas ou chamadas de vídeo para se comunicar com outras pessoas.

Em 71% dos anúncios, o idoso é o protagonista da narrativa e transmite a mensagem principal. O que podemos deduzir deste alto índice de protagonismo é que quando o idoso é usado como personagem de um anúncio, ele tem um papel central na transmissão das mensagens. É ele que, devido às características inerentes ao imaginário da velhice, tem o poder de passar determinados significados – que personagens jovens ou adultos não conseguiriam propagar da mesma forma.

Na maioria dos anúncios (65%), o idoso está acompanhado. Em geral, quem o acompanha nas cenas é algum membro da família (63%). Em 31% dos casos, estão junto de amigos e somente em um anúncio estão interagindo com funcionários, por exemplo. Entre os que estão sozinhos, 45% estão usando algum dispositivo para acessar a internet ou para outras atividades, como tirar selfies, 33% estão interagindo com alguém por meio da tecnologia e 22% estão falando diretamente com o espectador.

Com relação à temporalidade das narrativas, 100% dos anúncios estão no tempo presente, cronológico. Não foram identificadas digressões ou retrospectivas, ou seja, não houve apelo à nostalgia ou ao passado dos mais velhos.

68% dos comerciais se passam na casa dos idosos. Este indicador é particularmente relevante, pois uma das principais características da comunicação mediada pelas redes é, justamente, a alteração nas noções de tempo e espaço que faz com que seja possível estar em contato com qualquer local do mundo, independentemente de onde se esteja. No caso desta amostra, este traço não é trabalhado com relevância e o idoso é colocado dentro de sua própria casa e não em outros lugares possíveis, como em meio a viagens, por exemplo. Trata-se de um contraponto (ainda que velado) às imagens que buscam a

ISBN 978-65-86901-26-9

ressignificação da velhice, pois estar em casa remete às ideias negativas de dependência e falta de autonomia.

Todos os idosos presentes nos anúncios aparentam pertencer à classe média ou classe média alta. Tal resultado era esperado, uma vez que o objeto de estudo deste trabalho é a publicidade e nesse universo costuma-se haver pouco espaço para classes sociais menos favorecidas.

Em relação à idade, os protagonistas foram classificados em dois grupos: os que aparentavam ser idosos mais novos, com idade entre 60 e 69 anos, e os que aparentavam ser mais velhos, com mais de 70 anos. Houve uma leve predominância de idosos que aparentavam ser mais velhos, 55% versus 45% dos anúncios com idosos mais novos.

No caso dos anúncios com idosos mais novos, observou-se que as principais mensagens relacionadas a estes personagens demonstram que a tecnologia é um meio prático e democrático de conexão. Tais ideias são transmitidas com mais naturalidade e com menor predominância do humor. Já no caso dos mais velhos, há uma predominância das peças que querem demonstrar facilidade de uso e que chamam a atenção por apresentar uma situação que surpreende os espectadores, como um idoso usando seus dispositivos com mais desenvoltura do que os jovens.

Dois dos indicadores do protocolo não foram quantificados (palavras-chave e música), pois serviram apenas como base para a interpretação dos demais indicadores.

A pesquisa empírica permitiu concluir que, em geral, o idoso em interação com as TICs está presente nos anúncios publicitários com um objetivo específico de cumprir uma determinada função e passar uma mensagem em particular ao público-alvo das campanhas, que não seria propagada com o mesmo significado, intensidade ou eficácia se o personagem escolhido fosse um jovem ou adulto. Assim, foram elencadas como mensagens principais, a tecnologia como meio prático e descomplicado de promover a interação comunicativa entre as pessoas (conexão) e a facilidade de uso dos produtos e/ou serviços oferecidos. Seja por meio de ligações ou do uso da internet (mensagens de texto, vídeo-chamadas, chats etc.), os anúncios que pretendem passar o sentido de conexão buscam evidenciar o vínculo familiar – reconhecido como a mais forte das conexões humanas.

A facilidade de uso é a segunda mensagem mais recorrente, presente em oito anúncios (19% do total). É utilizada pelo banco Itaú, nos anúncios que visam a estimular o uso de seu aplicativo de internet banking, e por duas

empresas do setor de tecnologia: HP e OLX. O objetivo do personagem idoso em interação com as TICs, nestas peças, é demonstrar a facilidade de uso dos produtos e/ou serviços oferecidos. Ou seja, considerando que o senso comum tem a visão de que os mais velhos não têm desenvoltura para lidar com tais aparelhos, ao mostrá-los usando as TICs com naturalidade estes comerciais querem dizer que se um idoso pode executar tais funções, elas são fáceis o bastante para que qualquer pessoa também possa. Há, portanto, um sentido negativo subliminar, parecido com a mensagem do choque, de que os idosos não dominam a tecnologia.

A mensagem de choque é passada quando a relação com a tecnologia faz com que o idoso seja colocado em uma posição que causa estranheza às outras pessoas participantes da narrativa e ao espectador em geral devido a uma utilização muito desenvolta dos dispositivos tecnológicos. A ideia destes anúncios é chamar a atenção por meio da exposição de uma situação que se coloca deliberadamente como irreal, já que o senso comum acredita que os mais velhos não utilizam as TICs com naturalidade e certos níveis de habilidade. Um traço marcante destas peças é o humor, o que demonstra claramente que se tratam de gozações. Outra característica é o uso de personagens idosos que aparentam ser mais velhos, com mais de 70 anos, para reforçar a presença da velhice e aumentar a efetividade da fantasia.

Em relação às mensagens que abordam o tema inovação para todos os todos os tipos de pessoas, o idoso nunca é o protagonista das peças. A ideia que se busca passar é a de que os serviços prestados são ideais para qualquer tipo de público: do adolescente ao idoso, do empresário ao aposentado, da criança a seus pais etc. Assim, o personagem mais velho é incluído propositadamente com a finalidade de conceder um ar de diversidade às peças.

Apenas três anúncios usam a mensagem de proximidade dos idosos com os mais jovens (7% do total). Estas peças mostram o idoso com dispositivos tecnológicos, não necessariamente em uso, mas sim como um recurso para se aproximarem de seus netos. Eles oferecem os aparelhos como forma de agradar, da mesma forma que dariam um brinquedo ou uma guloseima. Trata-se de uma forma atualizada de estar presente: se antigamente ofereciam-se doces e outras comidas, além de experiências consideradas lúdicas e atraentes, hoje cedem-se aos dispositivos tecnológicos.

A mensagem menos frequente, identificada em apenas 5% dos anúncios da amostra, é a que aborda a tecnologia como forma de estar atualizado. Tais peças querem passar a ideia de que os idosos que têm contato com as TICs

ISBN 978-65-86901-26-9

estão acompanhando as revoluções do tempo atual e, portanto, não estão parados no tempo. O que se pretende demonstrar é que, para que alguém esteja atualizado hoje em dia, a tecnologia é parte fundamental do processo.

## Estereótipos do idoso em interação com as TICS na publicidade

Cruzando os indicadores analisados, criamos uma categorização que descreve os estereótipos dos idosos em interação com as TICs usadas na publicidade em vídeo, identificados por meio do trabalho de pesquisa empírica. Foram identificados sete estereótipos:

Tabela 5 - Estereótipos[4] da pessoa idosa na publicidade brasileira (foco no uso das TICs)

| | |
|---|---|
| **Avós digitas** | Ligados à família, dominam a tecnologia. Passam as mensagens de que é fácil usar tais dispositivos e que a tecnologia é para todos os tipos de pessoas. |
| **Jovens com rugas** | Apresentam desenvoltura com a tecnologia. O uso de humor, de deboche, de músicas alegres e animadas, e a ligação à família os diferenciam dos idosos classificados como "velhice ressignificada". |
| **Velhice ressignificada** | Os idosos trabalham, vão a festas, aproveitam a vida e não são mostrados em interação com família. Lidam com as tecnologias sem dificuldade. Sem deboches. |
| **Analfabetos digitais** | Idosos que não dominam as funções da tecnologia; cometem erros (na visão dos jovens) e são motivo de piada. Podem precisar de ajuda dos jovens para usar os meios de forma "adequada". |
| **Velhinhos antenados** | Inversão dos analfabetos digitais. Idosos ligados à família, que sabem mais de tecnologia do que os mais jovens e cobram deles uma postura mais ativa. |
| **Avós mais que perfeitos** | Idosos que usam a tecnologia para se aproximar de forma material de seus netos. Oferecem notebooks e tablets para as crianças para agradá- las e passar um tempo com elas. |
| **Resistente às mudanças** | Idosos que não usam tecnologia e que, por isso, estão ultrapassados em termos tecnológicos e em termos de pensamento, opiniões e convicções. |

O estereótipo ***avós digitais*** é o mais recorrente, presente em 37% dos anúncios analisados. Traz a imagem dos idosos ligados majoritariamente à família, não necessariamente netos, mas também filhos e cônjuges. Apresentam

4 Para a análise dos estereótipos acerca da pessoa idosa, usou-se como ponto de partida a classificação de Hummert, et al. (2004, p. 93), que identificaram sete estereótipos da velhice ou arquétipos culturais do envelhecimento correntes na sociedade (ver tabela 4).

ISBN 978-65-86901-26-9

características como gentileza, amabilidade, generosidade e sabedoria. Mas, acresce-se à lista a habilidade no uso com as ferramentas digitais, uma vez que usam a tecnologia com desenvoltura e sem exageros que causem estranheza ao espectador. Um exemplo de como este estereótipo é materializado é o anúncio Hashtag, do banco Itaú. Trata-se de uma narrativa na qual o avô usa o smartphone para realizar transações bancárias, em uma cena que traz uma rotina familiar com a presença de sua esposa e sua neta. Ao final, há uma brincadeira, na qual a idosa faz uma gozação ao fato de o marido não saber pronunciar corretamente a palavra hashtag.

Figura 2 – Frames do anúncio Hashtag, do Itaú.

Fonte: Canal do Itaú no YouTube. Disponível em: <https://youtu.be/hdthBSDwojo>. Acesso em: 01 set. 2020.

O segundo estereótipo mais recorrente na amostra é ***jovem com rugas***, com oito anúncios identificados. Esses idosos apresentam desenvoltura na relação com a tecnologia. As mensagens usam muito humor, músicas alegres e animadas, ligação com a família, e um certo deboche. Tratam-se de idosos que foram colocados em situações características da juventude, como festas e jogos de videogame, com o objetivo de promover a gozação. A peça que representa as principais características deste estereótipo é o Rap do Desapega, da OLX, na qual o idoso dança uma coreografia, mas o seu corpo é substituído pelo corpo de um jovem, para proporcionar a fluidez dos movimentos que, na velhice, não é mais possível com a mesma intensidade. Esta situação causa espanto no neto, que não esperava essa atitude do avô.

O terceiro lugar entre os estereótipos mais recorrentes é o da ***velhice ressignificada***. Os anúncios trazem idosos trabalhando, em festas ou praticando esportes. Ou seja, aproveitando a vida com independência e sem estarem ligados à família e, além disso, não apresentam dificuldade com o uso das tecnologias.

Há, também, o estereótipo com viés negativo, que coloca o foco nas limitações do idoso em sua relação com as tecnologias. Fazem parte deste grupo peças em que a personagem de mais idade apresenta: a) resistência em utilizar as tecnologias e, por isso, está ultrapassada; b) uso peculiar dos dispositivos, não aprovado pelos jovens, que têm papel de professores da forma adequada de utilização destes meios; c) dificuldade em atingir os resultados esperados com o uso das tecnologias (ex. selfies fora de quadro, acidentes de manuseio, etc.).

O estereótipo mais negativo da amostra retrata idosos resistentes ao uso das tecnologias. Desta forma, ficam presos ao passado, não se modernizam em termos tecnológicos e nem em termos de pensamentos, opiniões e convicções. Acabam humilhados pelos jovens que dominam a tecnologia e que, desta forma, teriam a mente mais aberta. Apenas uma peça do corpus foi categorizada nesta categoria ***resistente às mudanças*** : o anúncio Xadrez do Café Pelé.

Figura 3 - Frames do anúncio Xadrez, do Café Pelé.

Fonte: Canal do Arquivo da Propaganda no YouTube.
Disponível em: <https://youtu.be/h7sMsLhUusc>. Acesso em: 01 set. 2020.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

A evolução das perspectivas de declínio relacionadas à velhice inicia-se na Europa, na década de 70. Com a criação de iniciativas que visam a tornar o momento da aposentadoria mais enriquecedor e prazeroso, como os programas de incentivo à atividade física, os diversos grupos de convivência, as universidades da terceira idade etc., há um momento de ressignificação da velhice. Esta fase da vida passa, então, a ser relacionada ao prazer e à liberdade. Sua narrativa principal é a de que com a chegada da velhice não há mais responsabilidades sobre o trabalho ou a criação dos filhos, ou seja, é hora de aproveitar o tempo livre para fazer o que se quer.

Todavia, faz parte desse movimento o apagamento das características inerentes à velhice. Não há espaço para falar de limitações físicas ou cognitivas, finitude, solidão, dependência, etc. Até os vocábulos sobre esta etapa da vida são substituídos por terceira idade, gerontolescência ou rejuvelhecer (envelhecer mais rejuvenescer, ABRAMOFF, 2007, p.10). Ou seja, não se trata da velhice, mas sim de uma nova juventude.

A mídia é uma grande aliada neste processo de ressignificação. Na análise das peças do corpus, o estereótipo ***velhice ressignificada*** é o terceiro mais recorrente. Ele está presente em anúncios nos quais os idosos estão trabalhando, participando de festas ou aproveitando a vida de outras maneiras (mas sem deboche). Em alguns casos, este estereótipo é usado para transmitir uma mensagem sobre o anunciante: ao mostrar o idoso quebrando padrões, a empresa se posiciona ela mesma como inovadora e favorável aos movimentos sociais contemporâneos de revisão das visões consideradas antiquadas.

Importante reforçar que a análise foi feita com base no mapa das mediações de Martin-Barbero (2015), que tem como centro a tríade comunicação-cultura-política. Ou seja, questões mais estruturais não poderiam ficar de fora destas considerações finais, ainda que de forma breve. As novas representações da velhice são complexas: por um lado, promovem o bem-estar, lazer e cuidado com a saúde, por outro, apagam as questões negativas que no século passado foram exploradas para garantir direitos e melhorias nas políticas públicas.

Ao olhar para o idoso sob o viés do mercado, o segmento formado pelos mais velhos vem sendo celebrado. Ainda assim, a análise do corpus apontou que apenas cinco dos 42 anúncios tinham como público-alvo pessoas bem mais velhas. Tal fato pode ser decorrente da imaturidade do mercado como um todo, uma vez que até há pouco tempo este não focava seus esforços em

ISBN 978-65-86901-26-9

conquistar os idosos. Ainda que o idoso seja visto como um mercado consumidor próspero, ele não é tratado como um consumidor-cidadão. Não há uma propagação ampla de produtos e serviços voltados às suas necessidades, nem de narrativas que exaltem a heterogeneidade desta fase da vida, representando, com respeito e responsabilidade, este grupo. Como demonstrado pela análise do corpus, até hoje abusa-se do humor e da imagem dos jovens com rugas que estão distantes da realidade. Isto é, ainda que exista uma tendência de revisão dos estereótipos negativos e da ascensão de mensagens positivas, que valorizam essa fase da vida, na prática há muitos obstáculos a serem superados na promoção de melhorias reais nas condições de vida dos idosos.

Especificamente com relação às TICs, nota-se que há uma tendência de crescimento de sua adoção pelos mais velhos. A despeito das estatísticas, ainda é comum a ideia de que os idosos não estão e não querem estar inseridos neste cenário. Situações de dificuldades com o manejo de dispositivos digitais praticamente não foram evidenciadas na amostra: apenas uma peça apresenta o idoso enfrentando uma adversidade real, o anúncio Preparação da Skol, no qual um senhor tem problemas para acertar o enquadramento e foco na hora de tirar selfies.

Ainda que o corpus desta investigação seja reduzido (apenas 42 anúncios), a metodologia da análise de conteúdo, aplicada por meio do protocolo construído, permitiu que fossem muitas as questões levantadas. Tantas que não se esgotam neste artigo. Sabe-se que há lacunas que podem ser exploradas no futuro, pelas autoras ou até mesmo por outros pesquisadores, como a questão de gênero (quais as diferenças da representação de homens e mulheres) e a questão étnica (o que o fato de só haver um idoso negro significa? E por que não foram identificados idosos orientais na amostra?).

Espera-se que o panorama das imagens da velhice conectada sirva como ponto de partida para outros trabalhos que abordem a representação dos mais velhos na publicidade. Um desejo das autoras é que o desdobramento desta pesquisa abarque também o polo da recepção, uma vez que é fundamental conhecer a opinião dos próprios idosos acerca de sua rertatação na publicidade brasileira.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ABRAMOFF, S. **Rejuvelhecer**: a saúde como prioridade. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2017.

BAUER, M.; GASKELL, G. (ed.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

HUMMERT et al. The role of age stereotypes in interpersonal communication. In: NUSSBAUM, J. F.; COUPLAND, J. (ed.) ***Handbook of communication and aging research***. 2ª ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 2004.

MARTÍN-BARBERO, J. **Dos meios às mediações**: comunicação, cultura e hegemonia. 7ª ed., Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2015.

OLIVEIRA, A. C. **A velhice conectada e suas representações na publicidade em vídeo brasileira**. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Escola de Comunicações e Artes, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27153/tde-21022019-144906/pt-br.php>. Acesso em: 01 set.2020.

PRENSKY, M. ***Digital Natives, Digital Immigrants*** - Part 1. Disponível em: <https://www.marcprensky.com/w/ritingPrensky%20-%20Digital%20Natives,%20Digital%20Immigrants%20-%20Part1.pdf>. Acesso em: 09 set. 2020.

ISBN 978-65-86901-26-9

# CRITÉRIOS DE ESCOLHA NA FARMACOTERAPIA DA DEPRESSÃO NO PACIENTE IDOSO EM TEMPOS DE COVID-19

Elane Cristina Silva Landim[1]
Cibério Landim Macêdo[2]
Bruno Wesley Ramalho Cirilo Ferreira[3]
Anaís Bezerra de Gusmão[4]

**Resumo:** Depressão é um transtorno mental grave que compromete a qualidade de vida dessas pessoas. O isolamento social decorrente da pandemia relacionada a COVID-19, contribuiu com o aumento dos casos de depressão no mundo. O problema é mais acentuada nos idosos, pois muitos desses pacientes apresentam outras doenças associadas. A escolha do esquema terapêutico mais adequado para esses pacientes deve ser individualizada, uma vez que muitos desses pacientes fazem uso de outros medicamentos. O objetivo desse estudo foi avaliar a farmacoterapia atual disponível para o tratamento da depressão no idoso, apresentando as classes terapêuticas, vantagens e desvantagens, bem como novas alternativas terapêuticas. Para tanto, foi utilizado os indexadores de artigos Scielo, PubMed e Sciencedirect. As classes terapêuticas clássicas dos inibidores da enzima monoamina oxidase (I-MAO) e dos antidepressivos tricíclicos (ADT) compreendem opções de segunda linha para os idosos, em virtude de desencadearem vários efeitos indesejáveis e interações medicamentosas que podem ser graves, sobretudo para o idoso. As classes de medicamentos: inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), inibidor de noradrenalina e dopamina (bupropiona), a agomelatina e os agentes

1 Farmacêutica e doutora pelo Curso de Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba - PB, lanafarma@gmail.com;

2 Tutor e doutor pelo Curso de Pós-graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba - PB, ciberiolandim@hotmail.com;

3 Farmacêutico Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), brunnoramallho@hotmail.com;

4 Farmacêutica Residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Criança (REMUSC), anaisgusmao@gmail.com;

multimodais (vortioxetina), controlam bem as manifestações da depressão normalmente causam menos efeitos indesejáveis, compreendendo as opções mais adequadas e seguras a serem utilizadas no tratamento da depressão no paciente idoso. A avaliação da relação eficácia e segurança é fundamental na escolha do esquema terapêutico mais adequado para ser utilizado no tratamento dos pacientes idosos com depressão.

**Palavras-chave:** COVID-19, Depressão no idoso, Farmacoterapia da depressão.

## Introdução

Quando as crises afetam a vida das pessoas e comunidades, são esperados altos níveis de estresse. Adversidade é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de problemas de saúde mental a curto e longo prazos. Pesquisas realizadas em epidemias anteriores destacou o impacto negativo de surtos de doenças infecciosas na saúde mental das pessoas (WHO, 2020).

A atual pandemia COVID-19 afetou quase todas as partes da sociedade, transformando nossos hábitos diários, estilo de vida, trabalho, família e culturas sociais (MACHHI *et al.*, 2020).

O agente etiológico da COVID-19 foi denominado de coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) em 11 de fevereiro de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (GORBALENYA *et al.*, 2020).

A COVID-19 pode causar vários impactos na saúde mental das pessoas, incluindo manifestações neurológicas, como dor de cabeça, olfato e paladar prejudicados, agitação, delírio, acidente vascular cerebral e meningoencefalite. Condições neurológicas subjacentes aumentam o risco de hospitalização por COVID-19, especialmente para adultos mais velhos. Estresse, isolamento social e violência em família pode afetar a saúde do cérebro e o desenvolvimento de crianças pequenas e adolescentes. O isolamento social, redução da atividade física e redução da estimulação intelectual aumentam o risco de declínio cognitivo e demência em adultos mais velhos (WHO, 2020).

Depressão é um transtorno comum em todo o mundo. Estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com esse transtorno mental. Especialmente quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar uma crítica condição de saúde. Ela pode causar à pessoa afetada um grande sofrimento e disfunção no trabalho, na escola ou no meio familiar. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano (PAHO, 2020).

Embora existam tratamentos eficazes para depressão, menos da metade das pessoas afetadas no mundo recebe tratamento adequado. Os obstáculos ao tratamento eficaz incluem a falta de recursos, a falta de profissionais treinados e o estigma social associado aos transtornos mentais. Outra barreira ao atendimento é a avaliação imprecisa. Em países de todos os níveis de renda, pessoas com depressão frequentemente não são diagnosticadas corretamente

ISBN 978-65-86901-26-9

e outras que não têm o transtorno são muitas vezes diagnosticadas de forma inadequada, com intervenções desnecessárias (PAHO, 2020).

A depressão se caracteriza por tristeza persistente e pela perda de interesse em atividades que normalmente são prazerosas, acompanhadas da incapacidade de realizar atividades diárias, durante pelo menos duas semanas (WHO, 2017). A depressão maior é um transtorno comum e incapacitante, com implicações sociais e econômicas de longo alcance (ANDREWS; NEMEROFF, 1994).

Várias classes de medicamentos foram desenvolvidas e se encontram em uso atualmente para o tratamento dos quadros depressivos. Muitos desses medicamentos são eficazes e controlam os principais sintomas e consequências dessa enfermidade de forma relativamente satisfatória. Porém, o uso desses fármacos pode desencadear vários efeitos indesejáveis e interações medicamentosas e com alimentos podem ser perigosas, podendo ser tolerados ou não pelos pacientes, sendo inclusive capaz de serem letais em alguns casos.

A realização desse trabalho é justificada em decorrência do aumento no número de pacientes com sintomas de transtornos mentais, como depressão durante a pandemia da COVID-19 e da necessidade de se investigar critérios a serem utilizados na escolha do tratamento farmacológico mais adequado da depressão no paciente idoso. Em especial no paciente idoso, a escolha do esquema terapêutico deve levar em consideração alguns aspectos importantes, como a análise da relação eficácia terapêutica e segurança. Dessa forma, a escolha do esquema terapêutico mais adequado deve avaliar, dentre as várias classes de medicamentos em uso atualmente, pelo medicamento que causa menos efeitos indesejáveis e interações entre medicamentos e com alimentos.

Esse trabalho tem como objetivos investigar a relação entre COVID-19 e depressão no paciente idoso e avaliar as principais classes de medicamentos utilizados no tratamentos dos quadros depressivos, analisando os fármacos mais adequados a serem utilizados para esses pacientes. Considerando a relação eficácia e segurança, através da análise dos efeitos indesejáveis, interações medicamentosas e com alimentos.

## Metodologia

Foi realizada uma revisão da literatura por meio de levantamento bibliográfico durante os meses de agosto e setembro de 2020, buscando publicações indexadas nas bases de dados do Scielo, Pubmed e Sciencedirect, utilizando os

ISBN 978-65-86901-26-9

descritores: *depression, depression treatment, depression and geriatric patient*. Os critérios de inclusão escolhidos para a seleção das publicações foram: artigos na categoria original e revisão de literatura, incluindo revisões sistemáticas publicados em português, inglês ou espanhol. As publicações consideradas para o desenvolvimento desse trabalho estão entre os anos de 1994 e 2020, sendo este o intervalo de tempo adotado. Foram excluídas da pesquisa as publicações que não eram relacionadas com o objetivo tema desta revisão bibliográfica, os trabalhos publicados nos formatos de trabalho de conclusão de curso, dissertação, tese, relato de caso, resenha e resumo de congresso, bem como em idiomas além do português, inglês e do espanhol. A partir da leitura das publicações, foram excluídas as que não possuíam informações relevantes que complementassem o levantamento bibliográfico ou que apresentassem informações repetidas. A leitura de todos os materiais foi realizada aos pares, seguida de discussão entre os autores, selecionando os estudos pertinentes para o desenvolvimento da pesquisa.

## Resultados e discussão

O isolamento social decorrente da COVID-19 contribuiu para aumentar ou agravar o quantitativo de pacientes com transtornos metais, como a depressão no mundo inteiro. Todas as faixas etárias foram afetadas, mas a população idosa requer atenção especial, em virturde das características próprias desses pacientes.

O paciente com depressão precisa ser tratado de forma individualizada com o esquema terapêutico mais adequado possível para controlar os sintomas e as consequências dessa enfermidade, como a possibilidade do paciente cometer suicídio nos casos graves. No paciente idoso a atenção deve ser redobrada com relação a escolha da farmacoterapia, baseando-se em especial na relação eficácia terapêutica e segurança. Para tanto, vários aspectos precisam ser avaliados.

### Covid-19

O aumento do número de pessoas infectadas no mundo com SARS-CoV-2 está levando a saturação dos serviços de saúde e para prevenir a transmissão entre as pessoas, a recomendação atual da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que as pessoas evitem sair de casa. Embora essa medida

seja necessária para conter o avanço da pandemia, o isolamento social pode impactar negativamente na saúde mental dos indivíduos, contribuindo com o aumento do número de pacientes com transtornos mentais como a depressão, sendo os pacientes idosos um grupo de maior preocupação (RAONY *et al.*, 2020).

Devido ao amplo impacto geográfico que afeta uma proporção extremamente elevada da população mundial, a COVID-19 foi definida pela Organização Mundial da Saúde como uma pandemia global de saúde pública. A infecção é conhecida por se espalhar facilmente de pessoa para pessoa. Isso ocorre através de gotas de líquido por tosse, espirro, contato mão-boca-olho e através de superfícies duras contaminadas. A proximidade entre as pessoas acelera a propagação do SARS-CoV-2. COVID-19 é uma doença sistêmica que pode se mover além dos pulmões por disseminação à base de sangue para afetar vários órgãos. Esses órgãos incluem o rim, fígado, músculos, sistema nervoso e baço. A principal causa de mortalidade por SARS-CoV-2 é a síndrome do desconforto respiratório agudo iniciada por doenças epiteliais infecção e ativação de macrófagos alveolares nos pulmões. Atualmente, existem poucas opções terapêuticas e, embora muitas sejam sendo testadas, nenhuma se mostrou eficaz em reduzir as taxas de mortalidade. Ainda não há vacina disponível. Esforços intensos globais têm direcionado a pesquisa para uma melhor compreensão da epidemiologia, biologia molecular, farmacologia e patobiologia de SARS-CoV-2 (MACHHI *et al.*, 2020).

O impacto da pandemia global do coronavírus é evidente em sua rápida propagação da doença. O vírus atingiu quase todos os paises em todo o mundo em menos de 6 meses (GORBALENYA *et al.*, 2020).

## Depressão

A depressão é uma condição muito comum que está associada com uma ampla gama de sintomas emocionais, cognitivos e físicos. Os transtornos depressivos envolvem todas as principais funções corporais, humor e pensamentos, afetando as maneiras como um indivíduo deprimido se sente sobre si mesmo, come e pensa. Sem tratamento, os sintomas depressivos podem durar semanas, meses ou toda a vida e nos casos mais graves de depressão, o paciente pode cometer suicídio (BLACKBURN, 2019).

O tratamento antidepressivo pode ajudar muitos indivíduos que sofrem de depressão, com um número crescente de opções de tratamento disponíveis

nos últimos 30 anos para indivíduos com transtorno depressivo maior (TDM). Acompanhado por uma crescente evolução da medicina baseada em evidências que descreve sua eficácia e segurança forneceu aos médicos opções para determinar o tratamento mais adequado para cada paciente, mas ainda deixa uma grande parcela dos pacientes tratada inadequadamente, por diferentes motivos, como falta de acesso a psiquiatras, recursos financeiros inadequados para aquisição de tratamento mais adequado, entre outros (HIERONYMUS *et al.*, 2016).

A depressão maior é tratável por um dos muitos antidepressivos atualmente disponíveis, com taxas de resposta de aproximadamente 65-70%. O tratamento da depressão melhorou de forma significante nos últimos anos devido à disponibilidade de antidepressivos eficazes e bem tolerados (ANDREWS; NEMEROFF, 1994).

## Características fisiopatológicas do paciente idoso

O envelhecimento é marcado pelo acúmulo de diversos danos nos níveis celular e molecular, resultando em declínio fisiológico progressivo. Aumenta a chance de surgimento de doenças crônicas, que, por sua vez, causam incapacidades específicas e acabam contribuindo para os danos celulares, gerando um ciclo vicioso. O processo de envelhecimento do ser humano desencadeia uma série de alterações fisiopatológicas no organismo do indivíduo. Com o avançar da idade, uma série de alterações fisiológicas acontecem nos indivíduos. Muitos órgãos no organismo do paciente idoso não desempenha suas funções em sua plenitude, como é o caso dos sistemas hepático e renal. Dessa forma, os processos de biotransformação que aocntecem subretudo no fígado e o sistema de excreção, que acontece principalmente pelo sistema renal, podem não estar funcionando em suas plenitudes. Falhas no metabolismo e/ou na excreção de fármacos favorecem ao acúmulo dessas substâncias no organismo desses indivíduos, promovendo aumento na concentração plasmática de fármacos e favorecendo o desenvolvimento de efeitos tóxicos e interações perigosas para esses pacientes (LANA; SCHNEIDER, 2014).

## Classes de medicamentos antidepressivos

Várias classes de medicamentos foram desenvolvidas para o tratamento dos transtornos depressivos, como os inibidores da enzima monoamina

ISBN 978-65-86901-26-9

oxidase (I-MAO), antidepressivos tricíclicos (ADT), inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS), inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN), inibidores de recaptação de noradrenalina e dopamina (IRND), agentes multimodais e outros fármacos (tabela 1).

**Tabela 1 –** Classificação de medicamentos antidepressivos

| Classe | Medicamentos |
|---|---|
| I-MAO | fenelzina, tranilcipromona, isocarboxazida, moclobemida |
| ADT | imipramina, amitriptilina, desipramina, clomipramina, nortriptilina |
| ISRS | fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, excitalopram |
| IRSN | venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnaciprano, levomilnaciprano |
| IRND | bupropiona |
| Agentes multimodais | vilazodona, vortioxetina |
| Outros fármacos | agomelatina, mirtazapina, trazodona |

Fonte: CIPRIANI *et al.*, 2014; XENIA; SHARMA; TARAZI, 2019.

## Interações medicamentosas e com alimentos

Um outro fator importante que precisa ser considerado com relação ao paciente idoso está relacionado com as interações entre medicamentos e aquelas que envolvem medicamentos e alimentos. Pois, muitos indviduos idosos fazem uso de outros medicamentos para tratamento de enfermidades associadas, como hipertensão, insuficiência cardíaca, cardiopatias isquêmicas, diabetes tipo I ou tipo II, dislipidemias, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hiperplasia prostática benigma, doenças neurodegeneraticas como Alzheimer e Parkinson, entre outras (BOYD *et al.*, 2005).

Em decorrência das várias enfermidades que podem acometer o idoso, muitos desses pacientes fazem uso de diferentes grupos de medicamentos. Assim, muitos desses pacientes fazem uso de vários medicamentos, como diuréticos (clortalidona, hidroclorotiazida, furosemida, espironolactona), inibidores da enzima conversora da angiotensina II (como captopril, enalapril, fosinopril, lisinopril), bloqueadores do receptor da angiotensina II (como losartano, valsartano, candesartano), vasodilatadores (como anlodipino, nifedipino), β-bloqueadores (como succinato de metoprolol, bisoprolol, carvedilol, nebivolol), estatinas (como atorvastatina, sinvastatina, rosuvastatina),

ISBN 978-65-86901-26-9

anti-muscarínicos (como o tróspio, tolterodina, darifenacina), agonistas β2-adrenérgicos (como salmeterol, formoterol, indacaterol), glicocorticóides (como budesonida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), β1-bloqueadores (como terazosina, doxazosina, tansulosina), hipoglicemiantes (como sulfoniluréias, metformina, pioglitazona, empaglifozina, dapagliflozina), I-AChE (como rivastigmina, donepezila e galantamina), anti-parkinsonianos (levodopa, carbidopa, benzerazida, entacapona, tolcapona) (FULTON; ALLEN, 2005; NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

As interações entre medicamentos e aquelas que envolvem fármacos e alimentos precisam ser avaliadas, sobretudo com alimentos ricos em tiramina, como queijos envelhecidos e carnes processadas. Pois, essas interações podem desencadear aumento pronunciado da pressão arterial sistêmica, que pode causar ruptura de vasos sanguíneos em nível cerebral ou no coração, podendo ser fatal para alguns pacientes (FDA, 2019).

Assim, todos esses fatores devem ser levados em consideração na escolha da opção terapêutica mais adequada para cada paciente, com o intuito de identificar os medicamentos mais eficazes e seguros para esses pacientes.

## Inibidores da monoamino oxidase (I-MAO)

Essa classe de fármacos compreende os primeiros medicamentos eficazes a serem utilizados no tratamento dos transtornos da depressão. Os principais medicamentos dessa classe compreendem fenelzina, tranilcipromina, isocarboxazida e moclobemida (ANDREWS; NEMEROFF, 1994).

Esses medicamentos atuam inibindo as enzimas MAO-A e MAO-B, promovendo aumento no quantitativo dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina em decorrência da inibição do processo de degradação desses neurotransmissores por parte dessas enzimas. Dessa forma esses medicamentos são eficazes no controle dos sintomas da depressão. Porém, atualmente são pouco utilizados, sobretudo no paciente idoso, em decorrência de efeitos indesejáveis e interações não favoráveis com alimentos e medicamentos, que podem ser fatais para esses pacientes (GRADY; STAHL, 2012).

Os usuários desses medicamentos devem evitar o consumo de alimentos com alto teor da substância tiramina (queijos envelhecidos; carne, frango ou peixe secos envelhecidos, defumados ou fermentados). Pois, a interação entre os I-MAO com esses alimentos pode desencadear nesses pacientes crises hipertensivas graves decorrentes do aumento na liberação de noradrenalina

ISBN 978-65-86901-26-9

pelos neurônios pré-sinápticos, causando dessa forma aumento do débito cardíaco e da resistência periférica total. Os maiores problemas estão relacionados com o uso de I-MAO não seletivos e irreversíveis (fenelzina, tranilcipromina), sendo menos comuns e intensas com os usuários dos I-MAO seletivo e reversivel (moclobemida) (GRADY; STAHL, 2012).

Com relação as interações medicamentosas, os usuários de I-MAO devem evitar associação com medicamentos que potencializam a estimulação adrenérgica, como os descongestionantes nasais tópicos e sistêmicos. Uma vez que essas interações podem desencadear crises hipertensivas perigosas, sobretudo no paciente idoso. Deve-se evitar também a associação com drogas que potencializam a neurotransmissão serotoninérgica (inibidores seletivos de recaptação de serotonina e inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina), pois pode desencadear efeitos indesejáveis como enxaqueca, mioclonia, agitação, confusão mental, hipertermia, convlusões, coma, colapso cardiovascular e pode desencadear o óbito) (FDA, 2019).

Além dos efeitos indesejáveis relacionados as interações com medicamentos e alimentos, o efeito de hepatoxidade pode surgir com o uso crônico dessas drogas e pode ser grave com risco de óbito nos usuários (tabela 2).

## Antidepressivos tricíclicos (ADT)

Esses fármacos compreendem agentes muito efetivos na terapia dos trantornos da depressão e atuam potencializando a neurotransmissão serotoninérgica e noradrenérgica. Os principais medicamentos desse grupo incluem imipramina, amitriptilina, nortriptilina, desipramina e clomipramina (ANDREWS; NEMEROFF, 1994).

Atualmente o uso desses medicamentos é limitado, sobretudo no paciente idoso, em decorrência de vários efeitos indesejáveis que os mesmos podem desencadear nos pacientes e está relacionado a falta de seletividade e bloqueio de vários alvos farmacológicos, em diferentes tecidos do organismo (receptores H1, β1-adrenérgicos, colinérgicos muscarínicos e canal de sódio sensível a voltagem). Assim, o uso desses medicamentos pode causar como efeitos indesejáveis, sedação e aumento de peso (decorrentes do bloqueio dos receptores H1), boca seca, visão turva, retenção urinária, constipação intestinal, confusão mental (decorrentes do bloqueio dos receptores muscarínicos), hipotensão ortostática e tontura (decorrentes do bloqueio dos receptores β1-adrenérgicos)

ISBN 978-65-86901-26-9

e crises convulsivas e arritmias cardíacas (causadas pelo bloqueio dos canais de sódio sensíveis a voltagem) (tabela 2) (RUDORFER; POTTER, 1999).

A potencia de bloqueio dos receptores H1, β1-adrenérgicos e colinérgicos muscarínicos é maior com amitriptilina do que com imipramina, nortriptilina, desipramina e clomipramina. Fato esse que explica o maior efeito de sedação, hipotensão ortostática e os efeitos antimuscarínicos de boca seca, visão turva, retenção urinária e constipação intestinal; serem atribuídos principalmente a esse fármaco. Os fármacos deseipramina e nortriptilina são os bloqueiam com menor potência esses receptores e, portanto, causam esses efeitos em menor intensidade (RUDORFER; POTTER, 1999).

O fato desses medicamentos apresentarem uma janela terapêutica estreita, ou seja, a dose terapêutica ser próxima da dose tóxica; os tornam potenciais candidatos a desencadearem vários efeitos indesejáveis que podem ser fatais, com destaque para os efeitos cardiotóxicos e epileptogênicos. Isso limita o uso dos mesmos, sobretudo para o paciente idoso. Além disso, essas características fornecem um alerta para que os médicos prescrevam quantidades pequenas desses medicamentos, estabelecendo assim, limites de compra dos mesmos pelos pacientes, com o intuito de evitar possíveis intoxicações ou tentativas de suicídio com esses medicamentos (CIPRIANI *et al*, 2014).

**Tabela 2 –** Principais efeitos indesejáveis causados por I-MAO e ADT

| Classe | Efeitos indesejáveis |
|---|---|
| I-MAO | enxaqueca, mioclonia, agitação, confusão mental, hipertermia, convulsões, coma, colapso cardiovascular, hepatotoxicidade e pode causar óbito |
| ADT | sedação, hipotensão ortostática, boca seca, visão turva, retenção urinária, constipação intestinal, arritmias cardíacas, convulsões, confusão metal |

Fonte: ANDREWS; NEMEROFF, 1994; RUDORFER; POTTER, 1999.

## Inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS)

Os principais medicamentos desse grupo incluem fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram e excitalopram. Esses seis fármacos compartilham em comum o fato de atuarem inibindo a recaptação de serotonina pelo neurônio pré-sináptico, promovendo aumento no quantitativo de serotonina na fenda sináptica. Alguns pacientes apresentam resposta terapêutica adequada a determinado ISRS e não a outro. Com relação aos efeitos

indesejáveis, alguns pacientes toleram bem um ISRS e podem não tolerar outro (CIPRIANI *et al*, 2014).

Essa classe de drogas se mostra mais segura que os I-MAO e ADT, e os efeitos indesejáveis de sedação, aumento de peso, confusão mental, constipação intestinal, visão turva, boca seca, retenção urinária, arritmias cardíacas e crises convulsivas, que estão relacionados a inespecificidade dessas drogas e, consequentemente, ao bloqueio de receptores (H1, β1-adrenérgicos, muscarínicos e de inibição dos canais de sódio sensíveis a voltagem), normalmente são incomuns nos pacientes que utilizam esses medicamentos ou se ocorrer será de menor intensidade quando comprarados a esses efeitos desencadeados com o uso de ADT. Paroxetina compreende o ISRS com maior potencial de causar efeitos anti-muscarínicos (RUDORFER; POTTER, 1999).

Esses fármacos apresentam uma janela terapêutica larga, proporcionando maior segurança de uso. Os principais efeitos indesejáveis desencadeados com o uso dos ISRS são os efeitos gastrintestinais (náuseas, cólicas intestinais, azia, diarreia e vômitos) e disfunção sexual (disfunção erétil, diminuição da libido, anorgasmia, retardo na ejaculação). Os efeitos indesejáveis em nível de sistema nervoso central (SNC) também podem acometer os pacientes durante o tempo de tratamento e se caracterizam por insônia, nervosismo e agitação (HIEMKE; HARTTER, 2000).

O risco de causar interações medicamentosas também precisa ser avaliado, sobretudo quando se trata de pacientes idosos. As interações medicamentosas de maior relevância clínica seria com os I-MAO, causando síndrome serononinérgica. Outras interações estão relacionadas a inibição de algumas enzimas do citocromo P450, desencadeando comprometimento no processo de biotransformação de vários fármacos, causando acúmulo desses fármacos no organismo do paciente, podendo causar intoxicações que podem ser graves para alguns grupos de pacientes. Nesse sentido, é importante destacar que o citalopram e o escitalopram são considerados os ISRS com menor potencial de causarem interações farmaconinéticas potencialmente graves nos pacientes (HIEMKE; HARTTER, 2000).

Dessa forma, esses medicamentos representam opções terapêuticas adequadas a serem utilizadas no controle das manifestações dos quadros de depressão no paciente idoso. Uma vez que causam poucos efeitos indesejáveis e apresentam uma janela terapêutica larga, demonstrando a relativa segurança mesmo nos casos de intoxicações agudas. Importante destacar também a possibilidade de causarem interações medicamentosas, sobretudo no paciente

idoso, as quais são menos comunus com o uso de citalopram e escitalopram (CIPRIANI *et al*, 2014).

## Inibidores de recaptação de serotonina e noradrenalina (IRSN)

O mecanismo de ação dessa classe de fármacos envolve o aumento na quantidade dos neurotransmissores serotonina e noradrenalina cerebral e também foi verificado um aumento no quantitativo de dopamina no córtex pré-frontal. Os principais medicamentos desse grupo de drogas são venlafaxina, desvenlafaxina, duloxetina, milnaciprano e levomilnaciprano. Esses fármacos apresentam uma eficácia antidepressiva igual ou superior aos ISRS (CIPRIANI *et al*, 2014).

Apesar do mecanismo de ação dessas drogas ser semelhante ao desencadeado com o uso dos ADT, os IRSN se mostram mais seguros. Pois, os fármacos dessa classe de medicamentos são mais seletivos e interagem menos com os receptores H1, β1-adrenérgicos, muscarínicos e de inibição dos canais de sódio sensíveis a voltagem. Assim, os efeitos indesejáveis desencadeados como consequência do bloqueio desses receptores não são perceptíveis ou acontecem em pequena intensidade. Os efeitos indesejáveis relacionados a disfunção sexual também são observados em alguns pacientes. As interações medicamentosas e com alimentos, também são pouco comuns com essas drogas (RUDORFER; POTTER, 1999).

Os efeitos indesejáveis mais preocupantes que podem surgir com o uso desses medicamentos está relacionado com o aumento no quantitativo de noradrenalina. Entre esses efeitos, destaca-se o de aumento da pressão arterial sistêmica que pode ocorrer em alguns pacientes. O aumento da frequência cardíaca, que pode resultar em taquiarritmias, também pode acontecer em alguns pacientes. Esses efeitos indesejáveis podem representar uma limitação ao uso desses medicamentos por alguns pacientes. E, uma maneira de minimizar esses efeitos indesejáveis seria utilizá-los na menor dose possível e optar pelas apresentações de liberação controlada (CLAYTON *et al*, 2014).

As interações relacionadas a inibição de enzimas do citocromo P450 que poderiam causar interações graves, taambém são pouco observadas com esses medicamentos. Nesse sentido, a venlafaxina, desvenlafaxina e duloxetina representam os fármacos dessa classe com menor potencial de causarem interações graves (CLAYTON *et al*, 2014).

ISBN 978-65-86901-26-9

O fato desses medicamentos desencadearem efeitos antidepressivos de forma satisfatória em vários pacientes, aliado a causarem menos efeitos indesejáveis quando comparados aos I-MAO e ADT, os tornam opções terapêuticas capazes de serem utilizadas no paciente idoso. Porém, alguns pacientes idosos toleram melhor os ISRS que os IRSN.

## Inibidores da recaptação de noradrenalina e dopamina (IRND)

Bupropiona é o representante desse grupo de medicamentos. Essa droga se caracteriza por promover um aumento no quantitativo de noradrenalina e dopamina. Além de ser útil no controle dos sintomas da depressão, essa droga também é utilizada no tratamento da dependência de nicotina. A bupropiona compreende uma opção terapêutica adequada a ser utilizada isoladamente, em especial nos pacientes que não toleram o uso de ISRS ou IRSN. Assim como bupropiona também pode ser utilizada em associação com com ISRS ou IRSN com o intuito de promover potencialização de efeito (CARROLL *et al.*, 2014).

Com relação aos efeitos indesejáveis desencadeados por essa droga, aqueles atribuídos ao bloqueio de receptores H1, β1-adrenérgicos, muscarínicos são raros e os mais prováveis de acontecerem seriam insônia, boca seca e tremores. Os efeitos de hipotensão ortostática, praticamente não são observados. O fato dessa droga não interferir na neurotransmissão serotoninérgica de forma significante, a torna diferenciada com relação aos efeitos mínimos ou ausentes de disfunção sexual; representando, portanto, uma opção alternativa aos pacientes que não toleram o uso de ISRS. Um outro efeito indesejável que essa droga pode desencadear nos pacientes seria crises convulsivas, sobretudo nos pacientes que apresentam histórico de convulsões, com lesões cerebrais, bulimia e anorexia, ou que usam concomitantemente álcool ou cocaína. As apresentações de liberação controlada e o uso de doses baixas, são condições que reduzem a probabilidade dessa droga causar convulsões. Com relação as interações significantes com medicamentos e alimentos, são raras (CARROLL *et al.*, 2014; CIPRIANI *et al*, 2014).

## Agentes multimodais

Esses agentes constituem uma nova classe terapêutica, onde essas drogas atuam por multiplos mecanismos de ação. A vilazodona e vortioxetina

constituem medicamentos dessa classe de drogas utilizados no tratamento da depressão. O fato desses fármacos atuarem por múltiplos mecanismos de ação, pode contribuir para torná-los mais eficazes do que outras classes de drogas na terapia da depressão em alguns pacientes. Além disso, esses medicamentos podem desencadear outros benefícios, como isenção de disfunção sexual e promover possíveis efeitos pró-cognitivos (XENIA; SHARMA; TARAZI, 2019).

O mecanismo de ação da vilazodona envolve aumento da neurotransmissão serotoninérgica, noradrenérgica e dopaminérgica. Os efeitos indesejáveis relacionados a disfunção sexual e aumento de peso são pouco relatados pelos pacientes. Os principais efeirtos indesejáveis se referem aos gastrintestinais, como diarreia, náuseas e vômitos (SCHWARTZ; SIDDIQUI; STAHL, 2011).

A votioxetina atua promovendo aumento na quantidade de serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina e histamina. Os efeitos indesejáveis mais comumente observados com essa droga incluem aqueles relacionados ao trato gastrintestinal (náuseas, vômitos e constipação) (XENIA; SHARMA; TARAZI, 2019).

## Outros fármacos

A mirtazapina atua como antagonista β2 adrenérgico promovendo como consequência aumento no quantitativo de noradrenalina na fenda sináptica uma vez que o auto-controle de liberação desse neurotransmissor não acontece. Além disso, o bloqueio β2 adrenérgico promove aumento na liberação de serotonina e essa droga também bloqueia receptores H1, fato que explica o efeito sedativo. Trazodona atua de forma semelhante a mirtazapina com o diferencial de que trazodona também bloqueia os receptores β1-adrenérgicos (CIPRIANI *et al*, 2014).

A agomelatina atua por um mecanismo de ação completamente distinto quando comparado aos demais medicamentos antidepressivos. O processo fisiopatológico da depressão envolve anormalidades em vários genes circadianos, causando várias alterações nos ritmos circadianos como defasagem de fase nos ritmos do ciclo sono/vigília. Outras alterações envolve aumento da secreção diária de cortisol e redução da secreção de melatonina. Outras alterações envolvem redução do fator neurotrófico derivado do cérebro. O efeito antidepressivo da agomelatina envolve ativação dos receptores de melatonina

1 (MT1) e melatonina 2 (MT2) e ações de antagonismo nos receptores 5HT2C. Assim, agomelatina atua promovendo ações melatoninérgicas combinadas com ações monoaminérgicas, reorganizando os ritmos circadianos na depressão (ZAJECKA *et al.*, 2010).

## Critérios de escolha para o paciente idoso

Vários critérios devem ser avaliados na escolha do medicamento antidepressivo mais adequado a ser utilizado no paciente idoso, sobretudo o perfil de efeitos indesejáveis. Os antidepressivos da classe dos I-MAO e ADT compreendem opções de 2ª linha atualmente em virtude de desencaderem mais efeitos indesejáveis e interações medicamentosas e/ou com alimentos graves, podendo ser fatais no paciente idoso.

Atualmente, os medicamentos de 1ª linha a serem utilizados no tratamento dos pacientes idosos depressivos, analisando sobretudo a relação eficácia e segurança, compreendem as classes dos ISRS, IRSN, IRND, os agentes multimodais e agomelatina, mirtazapina e trazodona (CIPRIANI *et al*, 2014).

Nortriptilina e desipramina, são os ADT preferidos dessa classe, por causa de um perfil de efeitos colaterais mais favorável. Os ADTs são cardiotóxicos e as overdoses são frequentemente fatais. Os efeitos adversos, incluindo drogas potencialmente fatais e interações com alimentos, limitam o uso dos IMAO; no entanto, esses agentes têm um papel importante no tratamento da depressão com ansiedade comórbida, depressão refratária, depressão atípica e bulimia. Os ISRS possuem um perfil de efeitos colaterais, como dor de cabeça, náusea e disfunção sexual. As diferenças individuais nos efeitos colaterais podem distinguir fluoxetina (nervosismo, inquietação), sertralina (diarreia, fezes amolecidas) e paroxetina (boca seca). Todos os ISRSs inibem algumas isoenzimas do citocromo P450 envolvidas no metabolismo de drogas, podendo aumentar as concentrações plasmáticas de alguns medicamentos administrados concomitantemente. A bupropiona está associada a um risco de desenvolvimento de convulsões, que pode ser minimizado por múltiplas doses diárias. A trazodona é sedativa e raramente pode causar priapismo. Doses mais altas de venlafaxina também podem causar elevações na pressão arterial, da frequência cardíaca e do colesterol sérico (ANDREWS; NEMEROFF, 1994).

ISBN 978-65-86901-26-9

A escolha dos medicamentos mais adequados de cada classe terapêutica para o paciente idoso com diagnóstico de depressão, deve levar em consideração a análise da relação eficácia terapêutica e segurança de cada fármaco. Assim, a escolha pelos fármacos considerados mais adequados e seguros para o paciente idoso deve ser avaliada de forma individualizada, considerando eficácia e segurança do antidepressivo, enfermidades associadas no paciente e interações medicamentosas e com alimentos.

## Considerações finais

Depressão é doença mental grave e o número de pacientes com esse transtorno aumentou principalmente em decorrência do isolamento social causado pela COVID-19. O controle dos sintomas depressivos é fundamental para proporcionar uma qualidade de vida adequada para os pacientes e precisa ser adequadamente tratada. A farmacoterapia da depressão evoluiu muito nos últimos anos. Atualmente existem muitas classes de medicamentos antidepressivos e a escolha mais adequada para o paciente idoso é fundamental. Os critérios de escolha envolvem baixa frequência de uso, poucos efeitos indesejáveis e a menor quantidade possível de interações entre medicamentos e com alimentos. Atualmente algumas substâncias se encontram em diferentes fases de estudos clínicos e espera-se que esses candidatos a medicamentos sejam eficazes e seguros.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ANDREWS, J. M.; NEMEROFF, C. B. Contemporary management of depression. **Am J Med**, v. 97, p. 24S–32S, 1994.

BLACKBURN, T. P. Depressive disorders: Treatment failures and poor prognosis over the last years. **Pharmacol Res Perspect**. 2019.

BOYD, C. M., et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple co-morbid diseases: implications for pay for performance. **JAMA**, v. 294, n. 6, p. 716-724, 2005.

CARROLL, F. I, et al. Bupropion and bupropion analogs as treatments for CNS disorders. **Adv Pharmacol**. v. 69, p. 177–216, 2014.

CIPRIANI, A, et al. Sertraline versus other antidepressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev. **Europe PMC**, p. 1-237, 2014.

CLAYTON, A. H, *et al*. Antidepressants and sexual dysfunction: mechanisms and clinical implications. **Postgrad Med**. v. 126, p. 91–99, 2014.

FULTON, M. M.; ALLEN, E. R. Polypharmacy in the Elderly: A Literature Review. **JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF NURSE PRACTITIONERS**, v. 17, n. 4, p. 123-132, 2005.

FDA. Avoiding Drug Interactions. **FDA**, 11 de out. de 2008. <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/avoiding-drug-interactions> . Acesso em: 14 de out. de 2020.

GORBALENYA, A. E. *et al*. The new scope of virus taxonomy: partitioning the virosphere into 15 hierarchical ranks**. Nat Microbiol**. v. 5, p. 668–674, 2020.

GRADY, M.; STAHL, S. M. Pratical guide for prescribing MAOI: debunking myths and removing barries. **CNS Spectrums**. v. 17, p. 2-10, 2012.

ISBN 978-65-86901-26-9

HIEMKE, C.; HARTTER, S. Pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors. **Pharmacol Ther**. v. *85*, p. 11–28, 2000.

HIERONYMUS, F, *et al*. A mega-analysis of fixed-dose trials reveals dose-dependency and a rapid onset of action for the antidepressant effect of three selective serotonin reuptake inhibitors. **Mol Psychiatry**. v. 21, p. 523-530, 2016.

LANA, L.; SCHNEIDER, R. H. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 17, n. 3, p. 673-678, 2014.

MACHHI, J. *et al*. The Natural History, Pathobiology, and Clinical Manifestations of SARS-CoV-2 Infections. **J. Neuroimmune Pharm**. 2020.

NÓBREGA, O. T.; KARNIKOWSKI, M. G. O. Pharmacotherapy in the elderly: precautions with medication. **Ciênc. saúde coletiva**, v.10, n. 2, 2005.

PAHO. Folha informativa – Depressão. **WHO**, mar. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 07 de out. de 2020.

RAONY, I *et al*. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. **Frontiers in Immunology**, v. 11, p. 1-15. 2020.

RUDORFER, M. V.; POTTER, W. Z. Metabolism of tricyclic antidepressants. **Cell Mol Neurobiol**. v. 19, p. 373–409, 1999.

SCHWARTZ, T. L.; SIDDIQUI, U. S.; STAHL, S. M. Vilazodone: a brief pharmacologic and clinical review of the novel SPARI (serotonin partial agonist and reuptake inhibitor). **Therapeutic Advances in Psychopharmacology**. v. 1, p. 81-87, 2011.

WHO. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. **WHO**, 2017.

WHO. Policy brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Publicado em **WHO,** 2020.

XENIA, G.; SHARMA, S. R.; TARAZI, F. I. Vortioxetine: a novel antidepressant for the treatment of major depressive disorder. **Expert Opinion on Drug Discovery**. v. 14, nº 1, p. 81-89, 2019.

ZAJECKA, J et al. Efficacy and safety of agomelatine in the treatment of major depressive disorder: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Journal of Clinical Psychopharmacology**. v. 30, p. 135–144, 2010.

# FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS

Suelane Renata de Andrade Silva[1]
Paloma Maiara de Souza Maranhão[2]

**Resumo:** O envelhecimento é um processo biológico e natural, que determina mudanças nas estruturas corporais e declínio funcional. Tais modificações funcionais, como peso, estatura, absorção de nutrientes, sistema osteomuscular, entre outras, comprometem diretamente o estado nutricional de idosos requerendo assim uma atenção especial nos cuidados com a saúde dos mesmos. O Brasil se encontra em franco processo de envelhecimento da sua população, pois no período de 1970 a 2010, o Índice de envelhecimento teve um aumento progressivo, fato também observado nas suas diferentes regiões e unidades federativas. O presente trabalho tem por objetivo comparar os principais instrumentos de avaliação do estado nutricional em idosos, com finalidade de mostrar o que melhor represente essas condições nesse segmento populacional. Foi realizada uma revisão de literatura abordando os seguintes instrumentos: Índice de Massa Corpórea (IMC) para idosos, Mini Avaliação Nutricional (MAN) e a circunferência da panturrilha. Todas essas ferramentas são em especial usadas para avaliar o estado nutricional em idosos e já são propostas pelo Ministério da Saúde em seu Sistema Único de Saúde, o SUS, através de protocolos de avaliação, como o protocolo do SISVAN. Os resultados dos artigos pesquisados apontam para a relevância das ferramentas que auxiliam na triagem e diagnóstico do estado nutricional em idosos, além do IMC e Circunferência da panturrilha, a MAN se mostrou uma ferramenta

1 Doutoranda em Enfermagem na UFPB, mestre em Gerontologia UFPE e graduada en Nutrição pela UFPE, suelaneandrade3@gmail.com;

2 Especialista em Nutrição Clínica nas Fases da vida pelo IDE; Graduada em Nutrição pela UNINSSAU. E-mail: palomaranhao@hotmail.com

mais completa e sensível às modificações que ocorrem com avançar da idade e prejuízos ao estado nutricional, como o risco nutricional e desnutrição.

**Palavras-chave:** Índice de Massa Corpórea, Mini Avaliação Nutricional, circunferência da panturrilha.

## Introdução

O processo de envelhecimento vem atingindo níveis mundiais. Ocorre de forma tão acelerada no Brasil que conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025, ocupará a sexta posição mundial em número de idosos, com um total de 30 milhões de pessoas. Dados do Censo Demográfico brasileiro de 2010 mostram o balanço entre a população idosa e os jovens menores de 15 anos, resultando em um Índice de Envelhecimento (IE) de 44,8. Isso representa um aumento de 268% em relação ao Censo de 1970, demonstrando que a população do Brasil se encontra em franco processo de envelhecimento (IBGE, 2013).

Esse processo tem ocorrido de maneira bastante acelerada principalmente nos países em desenvolvimento, o que representa um grande desafio para esses países quanto à elaboração de políticas públicas e de pensar em soluções de reorganização social e de saúde suficientes para atender as necessidades dessa nova realidade populacional (MIRANDA *et al.*, 2016).

No Brasil, marcado por um contexto de grandes mudanças sociais, culturais e econômicas, além de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade dos serviços de saúde, torna-se ainda mais desafiador lidar com os principais determinantes do aparecimento das doenças crônicas relacionados ao estilo de vida inadequado, como má alimentação, excesso de peso, tabagismo e sedentarismo (VERAS, 2009; BRITO *et al.*, 2013).

O desenvolvimento de programas sociais, políticos e econômicos apresenta dificuldade em atender às demandas da população e aos desafios necessários à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas. No entanto, cada vez mais os temas relacionados a políticas públicas e às ações de proteção e cuidado específicos para o segmento mais envelhecido vêm adquirindo relevância inédita na agenda pública, conforme aponta o estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (IBGE, 2013). Um relevante exemplo é a política envelhecimento ativo.

O termo Envelhecimento Ativo, foi criado no final dos anos 90 pela Organização Mundial de Saúde, que se trata de uma política para propiciar a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com vistas a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas, que se aplica tanto para indivíduos quanto para grupos populacionais (KALACHE; KICKBUSCH, 1997).

ISBN 978-65-86901-26-9

Segundo Garcia, Romani e Lira (2007), as alterações no estado nutricional (EN), decorrentes das modificações funcionais naturais do próprio envelhecimento são observadas, como: diminuição no número e função das papilas gustativas, redução nas sensações de olfato e paladar, diminuição da secreção salivar e gástrica, falhas na mastigação (pela ausência de dentes e/ou próteses mal adaptadas), constipação intestinal devido à redução da motilidade. Além disso, há a redução da quantidade de água corporal, redução na estrutura óssea e muscular, que acarreta a perda de peso. Este processo é ainda mais acelerado quando as doenças crônicas estão presentes.

Diante disso, a Antropometria Nutricional tem sido muito utilizada na prática clínica e epidemiológica. Por ter maior praticidade, é o método mais utilizado para avaliação do estado nutricional, sendo os equipamentos portáteis e por detectar alterações nutricionais precocemente (GIBSON, 2005). O Índice de Massa Corpórea, circunferência da panturrilha e Mini avaliação nutricional, são ferramentas rápidas, fáceis e de baixo custo, e podem ser associadas com outras como: questionários para avaliação nutricional subjetiva, exame físico, parâmetros bioquímicos, bioimpedância, entre outras (FERREIRA; MARRUCI, 2008).

Justifica-se essa revisão pela importância de uma avaliação nutricional, que permita detectar precocemente as alterações sensíveis de peso, massa muscular, acúmulo de gordura visceral nas pessoas idosas para subsidiar o estabelecimento de estratégias de prevenção, monitoramento e intervenção, com vistas a postergar situações comuns na idade avançada como quedas, sarcopenia, redução da funcionalidade, fragilidade, internações e até o óbito, o que também trará melhor qualidade de vida.

As ferramentas devem determinar o estado nutricional de maneira mais precisa possível, para que se possam traçar as medidas de intervenção mais adequadas. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi comparar as principais ferramentas para avaliação do estado nutricional em idosos, com finalidade de mostrar a que melhor represente essas condições nesse segmento populacional.

## Metodologia

O presente estudo consiste em uma revisão da literatura do tipo narrativa, onde os artigos foram selecionados após leitura do pesquisador e aos pares foram escolhidos juntamente com o orientador, sem muito rigor na metodologia. Os artigos científicos escolhidos estão indexados nas bases de

ISBN 978-65-86901-26-9

dados LILACS, SCIELO, PUBMED, CAPES, LATINDEX, através dos descritores na língua portuguesa: Índice de Massa Corpórea, Mini Avaliação Nutricional, circunferência da panturrilha e no inglês: *Body mass index, Mini Nutritional Assessment, calf circumference.*

O período de busca dos artigos foi de agosto de 2018 a julho de 2020, aonde foram designados estudos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: artigos originais disponíveis eletronicamente, publicados no Brasil e no exterior; publicados nos últimos dez anos, não excluindo artigos mais antigos com grande relevância no assunto. Artigos que relatam o estado nutricional (ou a ferramenta utilizada) em idosos. Os critérios de exclusão utilizados foram: estudos que não tratavam especificamente do tema e pesquisas, artigos duplicados em mais de uma base, indisponíveis eletronicamente, monografias e teses de mestrado e doutorado.

## Resultados e discussão

No quadro seguinte encontram-se os estudos selecionados:

Quadro 1 - Artigos selecionados sobre avaliação nutricional em idosos.

| Nº | Autores | Objetivos | População | Instrumentos | Resultados |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | SILVA et al. (2019) | Avaliar o estado nutricional e a capacidade funcional de idosos oncológicosinternados em um hospital universitário de Recife, Pernambuco. | Estudo transversal, desenvolvido com indivíduos com câncer, (ambos os sexos) ≥ 60 anos. | Identificação do estado nutricional, através da mini avaliação nutricional (MAN) avaliação antropométrica e aferição da força de preensão manual. | Alta prevalência do risco nutricional e considerável desnutrição por meio da mini avaliação nutricional (MAN). Quanto à capacidade funcional, grande parte apresentou dependência funcional, ressaltando a necessidade de se avaliar e monitorar o estado nutricional, bem como a capacidade funcional de geriátricos oncológicos hospitalizados. |
| 2 | SALGUEIRO et al. (2018) | Avaliar o estado nutricional de idosos de Embu-Guaçu-SP e caracterizar essa população segundovariáveis sociodemográficas, composição corporal e consumo alimentar. | Estudo transversal descritivo com amostra de 40 idosos de ambos os sexos. | Foi realizada a avaliação de risco nutricional (Mini avaliação nutricional reduzida), antropometria (peso e estatura), composição corporal (bioimpedância) e consumo alimentar (registro alimentar de 3 dias). | Nenhum idoso apresentou risco de desnutrição. 66% das mulheres e 62,5% dos homens foram classificados como tendo excesso de peso (Índice De Massa Corpórea - IMC), mas todos apresentaram excesso de gordura corporal. Os idosos que ingeriam menos de 1g de proteína/kg de peso exibiram menor consumo energético (kcal), menor consumo de carboidratos (em relação ao peso), de proteínas (kcal, gramas, % e relativas ao peso) e de lipídios (kcal e em relação ao peso), mas maior IMC, % de gordura e proporção de carboidratos dietéticos. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | BARROS et al. (2018) | Avaliar o perfil nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados em Montes Claros - Minas Gerais, Brasil. | Estudo transversal, documental, analítico e com idosos institucionalizados e não institucionalizados. | Os dados de sexo, idade, Índice de Massa Corpórea - IMC e Mini Avaliação Nutricional (MAN) foram coletados de prontuários de idosos atendidos pelo serviço de nutrição no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso no período entre outubro de 2008 e dezembro de 2011. | De acordo com o IMC, o sobrepeso prevaleceu no sexo feminino e o baixo peso no masculino, enquanto que pelo parâmetro etário, o sobrepeso prevaleceu no extrato etário de idosos jovens (60-75 anos) e o baixo peso nos idosos muito idosos (>86 anos). Em relação à Mini Avaliação Nutricional, o risco de desnutrição e de desnutrição prevaleceram nas faixas etárias maiores (acima de 76 anos). |
| 4 | FERREIRA; SOARES (2018) | Caracterizar o estado nutricional de idosos institucionalizados segundo a Miniavaliação Nutricional (MAN). | Estudo transversal, de base populacional, realizado com 321 idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos de João Pessoa/PB. | Mini avaliação nutricional. | Na primeira fase da Mini Avaliação Nutricional, a triagem, 86 (26%) dos idosos avaliados apresentaram estado nutricional adequado e 235 (73,2%) passaram para a avaliação global; desses, sete (3,0%) estavam com estado nutricional adequado. Portanto, concluída a avaliação, 93 (29,0%) idosos estavam com estado nutricional adequado; 127 (39,6%) apresentaram risco de desnutrição, e 101 (31,5%) estavam desnutridos. A idade média dos participantes foi de 81,09 anos e a maioria era do sexo feminino (75,7%). |
| 5 | FONTENELLE et al. (2018). | Avaliar o estado nutricional de idosos e sua relação com fatores socioeconômicos e comorbidades associadas | Estudo transversal descritivo analítico. A amostra foi constituída por 240 idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família de um Hospital Regional de Teresina-PI. | As informações socioeconômicas e de saúde foram coletadas por meio de entrevista. O estado nutricional foi avaliado utilizando o Índice de Massa Corporal (IMC) e a Mini Avaliação Nutricional (MAN). | Verificou-se que com o avançar da idade houve diminuição de sobrepeso e obesidade e aumento de baixo peso. O excesso de peso foi associado com renda mensal mais elevada, enquanto o baixo peso predominou em idosos com menor renda. |
| 6 | MANTOVAN; VIEBI G; MORIMOTO (2018) | Associar o estado nutricional e a vulnerabilidade em idosos institucionalizados da capital e do interior do Estado de São Paulo. | Estudo transversal descritivo, realizado em três Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) com amostra composta por 52 idosos. | Foram aplicados a Mini Avaliação Nutricional (MAN) e o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) | Houve correlação moderada e inversa entre MAN e VES-13 ($r=0,55$; $p<0,01$). Embora os idosos da capital fossem significativamente mais velhos, não se observou influência significativa da idade na vulnerabilidade dos idosos. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | PARENTE; PEREIRA; MATA (2018) | Conhecer o estado nutricional e nível de independência dos idosos inscritos no centro de saúde de Santa Maria de Bragança, identificando a relação existente entre as duas variáveis. | Desenvolveu-se um estudo quantitativo, observacional, analítico, transversal. A partir de uma população de 5.373 idosos inscritos no centro de saúde de Santa Maria em Bragança estudou-se uma amostra proporcional estratificada em função do sexo e faixa etária de 385 idosos. | Utilizou-se um formulário que incluía o Mini Avaliação Nutricional e o Índice de Barthel. | Verifica-se que 86,8% dos idosos é funcionalmente independentes e 13,3% apresentam algum tipo de dependência. Através da aplicação da Mini Avaliação Nutricional identificam-se 0,8% dos idosos em estado desnutrido e 24,16% em risco de desnutrição. Constata-se ainda, que os idosos independentes apresentam maior probabilidade de estarem em estado nutricional normal face aos idosos com dependência ligeira a moderada (p <0,001). |
| 8 | BAHAT et al. (2016) | Validar a circunferência da panturrilha para avaliação de massa muscular em idosos. | Estudo transversal com 132 idosos de Goiânia, Goiás, Brasil. | A diminuição de massa muscular foi determinada pelo índice de massa muscular esquelética (IME) por meio da Absorciometria por Raios-X de Dupla Energia (DEXA). | Os pontos de corte com melhor precisão para detecção de diminuição da massa muscular em pacientes idosos foram 34 cm (sensibilidade: 71,5%, especificidade: 77,4%) e 33 cm nas mulheres (sensibilidade: 80,0%, especificidade 84,6%). |
| 9 | PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE (2016) | Diagnosticar o estado nutricional da população idosa brasileira, identificando fatores associados. | Utilizaram-se dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008/2009) de 20.114 idosos. | O perfil nutricional foi avaliado segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC). As variáveis sociodemográficas: sexo, idade, cor, re | Em nível individual detectou-se associação negativa (valor de p < 0,001) com: cor/raça amarela, sexo mas-culino, idosos que residiam sozinhos e idade; e positiva com a renda per capita. Observou-se ainda, maiores prevalências de baixo peso em idosos residentes no estrato rural (26,3%) e nas regiões Nordeste (23,7%) e Centro-oeste (20,9%), e de obesidade em idosos que residem nas regiões Sul (45,1%) e Sudeste (38,3%) e no estrato urbano (39%). |
| 10 | SOARES; MUSSOI (2014) | Descrever a prevalência de desnutrição e risco de desnutrição em idosos hospitalizados e relacionar a desnutrição com fatores da triagem. | Estudo transversal, realizado em um hospital de média complexidade com 89 idosos, no interior do Rio Grande do Sul. | Mini-Avaliação Nutricional (MAN). O índice de massa corporal, circunferência do braço e da panturrilha. | A amostra constituiu-se por 55% do sexo feminino. Cerca de 40% dos idosos apresentou risco de desnutrição e 18% estavam desnutridos. Diminuição daingestão alimentar, perda de peso e dificuldade de mobilidade apresentaram relação direta com a desnutrição. As médias de índice de massa corporal, circunferência do braço e da panturrilha foram menores nas categorias de menor pontuação da Mini Avaliação Nutricional. |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11 | GALEGO et al. (2013) | Avaliar o estado nutricional através da Mini Avaliação Nutricional e Índice de Massa Corpórea e sua associação com a hipertensão arterial entre idosos fisicamente ativos. | Avaliaram-se pessoas com mais de 60 anos, fisicamente ativas, participantes do grupo "Atividades nos bairros", que fazem aeróbica duas vezes por semana durante 1 hora. | Avaliaram-se pessoas com mais de 60 anos, fisicamente ativas, participantes do grupo "Atividades nos bairros", que fazem aeróbica duas vezes por semana durante 1 | Todos os idosos apresentaram estado nutricional adequado através da Mini Avaliação Nutricional – MAN, entretanto avaliando-se pelo Índice de Massa Corpórea - IMC, 27,57% deles mostraram sobrepeso. Sendo assim, nota-se que a MAN como instrumento de avaliação de idosos fisicamente ativos não foi fidedigna e que o IMC pode ser considerado um melhor método, pois também avalia excesso de peso. |
| 12 | PAZ et al. (2012) | Determinar o estado nutricional de idosos residentes em uma instituição particular do Distrito Federal (DF), Brasil. | Estudo do tipo transversal, observacional e analítico com 24 idosos. | As variáveis verificadas foram: índice de massa corporal (IMC), circunferência muscular do braço (CMB), circunferência do braço (CB), prega cutânea tricipital (PCT), recordatório de 24h (R-24h) e Mini Avaliação Nutricional (MAN). | As variáveis antropométricas IMC, PCT, CB e CMB identificaram a presença de desnutrição em 37,5%, 37,6%, 54,1% e 50,0% dos idosos, respectivamente. O inquérito dietético revelou um consumo energético inferior à necessidade média estimada, porém o consumo de macronutrientes apresentou-se adequado. Constatou-se que a população estudada apresentou importante prevalência de desnutrição, além de consumo alimentar com aporte energético inadequado. |
| 13 | MARTIN et al. (2012) | Verificar a correlação entre o estado nutricional e a FPP em idosos. | Estudo transversal realizado com 42 idosos atendidos em ambulatórios de uma universidade pública federal. | Para a classificação do estado nutricional, utilizam-se: índice de massa corpórea (IMC), avaliação nutricional por meio da Mini-Avaliação Nutricional (MAN), circunferência da panturrilha (CP) e FPP realizada com auxílio de um dinamômetro manual hidráulico. | Amostra constituída (n=42) na sua maioria por mulheres (66,7%), apresentando em média 26,82 pontos na MAN e pelo IMC a maioria dos idosos eram eutróficos – 46,4% mulheres e 57,1% homens. Homens e mulheres obtiveram média superior a 31 cm de circunferência da panturrilha (CP). A média de força para homens foi superior ao valor obtido pelas mulheres. houve correlação estatisticamente significante (p 0,008) entre o estado nutricional classificado pela MAN e a força de preensão palmar na amostra total. |
| 14 | SOARES et al. (2012) | Investigar a associação entre o estado nutricional, e o desempenho das habilidades motoras, de idosos, cadastrados no Programa Saúde da Família, zona urbana, do município de Vitória de Santo Antão (PE). | Estudo epidemiológico, transversal de campo do tipo descritivo-analítico. | O estado nutricional foi avaliado segundo o Índice de Massa Corporal e a Circunferência de Panturrilha. | A avaliação dos resultados mostrou associação entre o estado nutricional e a capacidade funcional entre os idosos independente do sexo; tendo sido a obesidade apontada como a condição nutricional limitante ao desempenho adequado nos testes. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | GARCIA et al. (2011) | Avaliar a relação da função muscular de membros inferiores (MMII), circunferência de panturrilha (CP), força de preensão palmar (FPP), mobilidade funcional e nível de atividade física (NAF) em idosos comunitários ativos. | 81 idosos (42 mulheres e 39 homens). | Avaliação da velocidade de marcha (Kit Multisprint), FPP (dinamômetro Jamar), força e potência muscular de MMII (dinamômetro isocinético Biodex), NAF (Perfil de Atividade Humana) e CP (fita métrica). | A força e potência muscular apresentaram correlações moderadas com VMH, VMM e FPP e correlações baixas com a CP e com o NAF (p<0,05). A curva ROC sugeriu o ponto de corte de FPP de 14,51 Kgf para rastreamento de redução de função muscular nas mulheres idosas (p=0,03). |

De acordo com os resultados da busca de artigos realizada, os estudos selecionados elucidam que as ferramentas mais utilizadas para avaliação do estado nutricional em idosos foram: circunferência da panturrilha, IMC e a Mini Avaliação Nutricional (MAN). Alguns estudos associaram esses instrumentos com outros parâmetros, porém todos usaram pelo menos uma dessas ferramentas para avaliar o estado nutricional dessa população.

Um dos estudos listados foi o de Barros *et al.* (2018), que avaliou o perfil nutricional de idosos institucionalizados e não institucionalizados, e revelou por intermédio da MAN que o sobrepeso prevaleceu no sexo feminino e o baixo peso no masculino. Ferreira e Soares (2018) reforçaram a eficácia da MAN na avaliação do estado nutricional. Em um dos seus estudos com 321 idosos residentes em instituições de longa permanência, na cidade de João Pessoa – PB, os autores concluíram que 93 (29,0%) idosos estavam com estado nutricional adequado; 127 (39,6%) apresentaram risco de desnutrição, e 101 (31,5%) estavam desnutridos.

Além da MAN, o IMC é uma ferramenta comumente utilizada. Fontenelle *et al.* (2018), que avaliaram o risco nutricional de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família de um Hospital Regional de Teresina-PI e sua relação com fatores socioeconômicos. Por meio da utilização da MAN e do IMC foram verificadas não só o risco nutricional como trigem, mas que dentre os 240 idosos houve diminuição de sobrepeso e da obesidade e aumento de baixo peso. Demonstra a complementariedade de ambos os instrumentos que embora tenha havido perda de peso na amostra investigada, de um lado houve a potencializando o risco de desnutrição, mas do outro a perda de peso no sentido de redução de excesso de peso, avaliação esta possível segundo o IMC.

Soares *et al*. (2012), por meio de um estudo transversal descritivo-analítico, onde o estado nutricional foi avaliado segundo o Índice de Massa Corporal e a Circunferência de Panturrilha, mostraram associação entre o estado nutricional e a capacidade funcional entre os idosos independente do sexo; tendo sido a obesidade apontada como a condição nutricional limitante ao desempenho adequado nos teste. Nesse caso, é importante salientar que a circunferência de panturrilha representa a massa muscular e que sua perda de qualidade está relacionada à força e função muscular, que impactará na capacidade funcional. Embora a perda de peso relacione-se a disfunções, a redução de massa muscular tem uma maior aproximação com a função muscular, mais uma vez reforçando a complementariedade de instrumentos.

Segundo Rech *et al*. (2008), o IMC é um dos indicadores antropométricos mais usados para avaliar o estado nutricional, pois ele é uma ferramenta facilmente aplicável, não invasivo e de baixo custo. Entretanto, seu uso apresenta controvérsia, tanto em adultos, quanto em idosos, em função do decréscimo de estatura, aumento de tecido adiposo, diminuição da massa corporal magra e redução do aporte de água no organismo. Assim, o uso do IMC vem sendo bastante discutido juntamente com seus pontos de corte de normalidade adotados para análise de desnutrição, sobrepeso e obesidade em idosos (FÉLIX; SOUZA, 2009).

Por outro lado, a *Nutrition Screening Initiative* (1994), propôs uma classificação do IMC, que considera as modificações na composição corporal próprias do envelhecimento, sendo estes os pontos de corte adotados para idosos no Brasil. Assim o estado nutricional foi classificado em baixo peso IMC $< 22kg/m^2$, eutrofia IMC entre 22 e $27kg/m^2$ e sobrepeso IMC $> 27kg/m^2$.

Ainda com relação ao IMC para idosos, é necessário considerar as alterações fisiológicas pelas quais atravessa o organismo durante o envelhecimento. Essas mudanças na estrutura e composição do corpo não são consideradas durante o cálculo do IMC e apesar de não ser a melhor ferramenta para avaliar o estado nutricional dos idosos é bastante simples e pratico (ANGELO; SILVA, 2011).

Outra ferramenta para avaliar o estado nutricional investigada foi a circunferência da panturrilha (CP), considerada como a medida mais sensível de massa muscular do idoso, (RAUEN *et al*., 2008), sendo ainda melhor que a circunferência do braço indicando alterações da massa magra que ocorrem com a idade e com a diminuição da atividade (WHO, 1995; WAITZBERG; FERRINI, 2000). SOARES *et al.,* 2012, investigando idosos cadastrados no

Programa de Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco analisaram o desempenho motor associado ao estado nutricional, verificando uma associação da CP deficiente com elevado risco de quedas na população pesquisada. É provável que a sarcopenia já esteja presente nessa população, o que justificaria não só os riscos, mas também as quedas.

Embora os resultados demonstrem que a CP tem boa capacidade na predição da diminuição da massa muscular, os diferentes pontos de corte disponíveis na literatura - 31 cm a 35 cm, 33 cm em mulheres e 34 cm em homens - dificultam o julgamento clínico e a tomada de decisão terapêutica pelo profissional na prática clínica, ainda mais quando as medidas de CP apresentam uma tendência de redução com o avançar da idade, especialmente significativa nos grupos etários mais velhos (80 anos ou mais)(GARCIA, *et al.*,2011; BAHAT; TUFAN; KILIC *et al.*, 2016). Segundo versão atual da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa recomendada pelo protocolo do SISVAN, o perímetro da panturrilha com os pontos de corte de 31 e 34 cm, pode avaliar a redução de massa muscular e risco de sarcopenia em idosos, respectivamente. (BRASIL, 2014)

A MAN (Mini Avaliação Nutricional) é um instrumento dividido em duas partes: triagem e avaliação global. A primeira parte compreende seis perguntas, totalizando no máximo 14 pontos. A segunda é composta por 12 questões, com pontuação máxima de 16 pontos. Os idosos que apresentaram 12 ou mais pontos na triagem são classificados como "normais" ou "estado nutricional adequada". Aqueles pacientes que tiveram pontuação entre 17 e 23,5 pontos na avaliação total são classificados como "risco de desnutrição" e aqueles com pontuação abaixo de 17 pontos, como "desnutridos" (SOARES; MUSSOI, 2014).

A MAN é vista como ferramenta de primeira escolha para avaliar o estado nutricional em idosos em razão da relevante associação com parâmetros prognósticos; além de ser uma ferramenta simples e rápida capaz de identificar aqueles que poderiam se beneficiar de uma intervenção nutricional precoce (BAUER *et al.,* 2005; 2008).

Um estudo realizado por Emed, Kronbauer e Magnoni (2006) em uma instituição de longa permanência para idosos em Curitiba-PR, com 114 idosos de ambos os sexos, a MAN foi aplicada e evidenciou-se que a maioria ou 61% dos idosos avaliados encontravam-se em risco de desnutrição; 33% estavam eutróficos e 6% dos idosos estavam desnutridos. Concluíram, também,

que a classificação do estado nutricional, a partir do IMC, não é a melhor escolha quando utilizada isoladamente.

Santelle, Lefevre e Cervato (2007) usaram como ferramenta de avaliação do estado nutricional a Mini Avaliação Nutricional em 24 idosas e 16 idosos, distribuídos em três instituições filantrópicas e duas privadas. Os resultados foram: 50% das mulheres e dos homens estavam sem risco de desnutrição, 37,5% das mulheres e 43,75% dos homens estavam em risco de desnutrição, e 12,5% das mulheres e 6,25% dos homens estavam desnutridos.

Um estudo realizado para correlacionar o estado nutricional e força de pressão palmar, utilizando IMC, circunferência da panturrilha, mini avaliação nutricional e força de pressão palmar (FPP), mostrou que houve correlação estatisticamente significativa entre o estado nutricional classificado pela MAN e o teste de FPP na amostra total. Não houve diferença estatisticamente significativa entre o estado nutricional classificado pelo Índice de Massa Corpórea e o teste de FPP para homens e mulheres. Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre o estado nutricional classificado pela CP e o teste de FPP. (MARTIN *et al.*, 2012). Dessa forma, para a FPP insuficiente, a triagem de risco já é suficiente para intervenção. Embora a medida de CB e de IMC estejam contidas na MAN, estes não foram os fatores preponderantes para a força insuficiente.

De acordo com Acunã e Cruz (2004) e Kuzu *et al.* (2006), a MAN trata-se de uma ferramenta validada e considerada padrão ouro para esta população, por ser prática, não invasiva, de simples mensurações e de questões rápidas, aplicadas em cerca de 10 minutos, desde que realizado por profissional bem treinado. É importante que seu uso seja encorajado, mesmo eu a rotina de IMC e CP já existam.

## Considerações finais

Diante do abordado, o intuito de comparar as ferramentas, e determinar o que melhor tornasse evidente a avaliação do estado nutricional em idosos, a Mini Avaliação Nutricional é um método bastante utilizado e simples, que melhor se relaciona com as especialidades do idoso. Porém são necessários mais estudos na área para que um só parâmetro possa atender a maioria dos casos, ou mesmo aprimoramento de ferramentas já existentes.

Mesmo com a necessidade de verificar um melhor método ou unificá-los, embora o foco do trabalho fosse avaliar a Mini Avaliação Nutricional,

ISBN 978-65-86901-26-9

Índice de Massa Corpórea e Circunferência da Panturrilha, chamou à atenção, o crescimento de outros parâmetros com a Força da Pressão Palmar - FPP, correlacionando-o ao estado nutricional, que em um dos estudos citados, o mesmo não mostrou diferença estatisticamente significante entre o estado nutricional classificado pelo IMC e a FPP para homens e mulheres, fato que reforça a necessidade de mais estudos que correlacionem diferentes ferramentas a fim de encontrar uma que melhor descreva o estado nutricional e/ou risco nutricional desses indivíduos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ACUNÃ, K.; CRUZ, T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia Metabologia**, v. 48, n.3, 2004.

ANGELO, B. H. B.; SILVA, D. I. B.; LIMA, M. A. S. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do municipio de Olinda-PE**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v. 14, n. 4), p. 663-73, 2011.

BAHAT, G.; TUFAN, A.; TUFAN, F. *et al*. Cut-off points to identify sarcopenia according to European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) definition. **Clinic Nutrition,** v. 35, n. 6, p. 1557-1563, 2016.

BARROS, M. C; DIAS, B. N. *et al.* Avaliação Nutricional em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados em Montes Claros/MG. **Temas em Saúde. João Pessoa**, v.18, n.3, 2018.

BAUER, J. M.; KAISER, M. J.; ANTHONY P. *et al*. The Mini Nutritional Assessment-its history, today's practice, and future perspectives. **Nutritional in Clinical Practice, v.** 23, n. 4, p.388-96, 2008.

BAUER, J. M.; VOGL, T.; WICKLEIN, S. *et al*. Comparison of the Mini Nutritional Assessment, Subjective- Global Assessment, and Nutritional Risk Screening (NRS2002) for nutritional screening and assessment in geriatric hospital patients. **Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie, v.** 38, n. 5, p. 322-7, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: proposta preliminar.** Brasília, DF, 2014.

EMED, T. C. S.; KRONBAUER, A.; MAGNONI, D. Mini-Avaliação Nutricional como indicador de diagnóstico em idosos de asilos. **Revista Brasileira de Nutrição Química,** v. 21, n. 3, 2006.

FÉLIX, L. N.; SOUZA, E. M. T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Revista de Nutrição,** v. 22, n. 4, p. 571-580, 2009.

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

FERREIRA, J. D. L.; SOARES, M. J. G. O. Nutricional: uma ferramenta para o enfermeiro. 2018. Avaliação nutricional pela Mini avaliação **Revista eletrônica de Enfermagem**, n. 51,

FONTENELLE, L. C.; SOARES, N. R. M.; LIMA, S. K. R. *et al.* Estado Nutricional e Condições Socioeconômicas e de Saúde em Idosos. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, v. 12. n. 71, p. 353-363, 2018.

GALEGO, B.V.; SEHNEM, R. C.; NOVELLO, D.; SANTOS, E. F. Mini Avaliação Nutricional (MAN) e Índice de Massa Corporal (IMC) e Sua Associação Com Hipertensão Arterial em Idosos Fisicamente ativos. **Uniciências,** v. 17, n. 1, p. 11-15, 2013.

GARCIA, A. N. M.; ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Indicadores antropométricos na avaliação nutricional de idosos: um estudo comparativo. **Revista de Nutrição**, v. 20, n .4, 2007.

GARCIA, P. A.; DIAS, J. M. D.; DIAS, R. C. *et al*. Estudo da relação entre função muscular, mobilidade funcional e nível de atividade física em idosos comunitários. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15, n. 1, p. 15-22, 2011.

GIBSON, R. S. Principles of Nutritional Assessment. New York: Oxford University Press, 2005.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Pesquisa Nacional Por Amostra em domicílio**. Brasília, DF, 2013

KALACHE, A.; KICKBUSCH, I. A global strategy for healthy ageing. **World Health Organization**, v. 4, n. 4-5, 1997

KUZU, M. A.; TERZIOGLU, H.; GENÇ, V. *et al*. Preoperative nutritional risk assessment in predicting postoperative outcome in patients undergoing major surgery. **World Journal of Surgery**, v. 30, n. 3, p. 378-90, 2006.

MARTIN, F. G M; NEBULONI, C. V.; NAJAS, M. S. Correlação entre estado nutricional e força de preensão palmar em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 493-504, 2012.

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, p. 507-519, 2016.

Nutrition Screening Initiative. **Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians**. Washington DC: American Academy of Family Physicians/American Dietetic Association/ National Council on Aging Inc.; 1994.

PARENTE, A.; PEREIRA, A. M.; MATA, A. Estado Nutricional e Nível de Independência em pessoas idosas. **Acta Portuguesa de Nutrição**, v. 12, p. 18-25, 2018.

PAZ, R. C.; FAZZIO, D. M. G.; SANTOS, A. L. B. Avaliação Nutricional em Idosos Institucionalizados. **Revisa**, v. 1, n. 1, p. 9-18, 2012.

PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016.

RAUEN, M. S.; MOREIRA, E. A.; CALVO, M. C.; LOBO, A. S. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. **Revista de Nutrição,** v. 21, n. 3, p. 303-10, 2008.

RECH, C. R.; PETROSKI, E. L.; BOING, O.; JÚNIOR, R. J. B.; SOARES, M. R. Concordância Entre as Medidas de Peso e Estatura Mensuradas e Auto-Referidas para o Diagnóstico do Estado Nutricional de Idosos Residentes no Sul do Brasil. **Revista Brasileira Medicina Esporte,** v. 14, n. 2, 2008.

SALGUEIRO, M. M. H. A. O.; PORTES, L. A.; COSTA, W. F. S. *et al*. Avaliação do estado nutricional e composição corporal de idosos de Embúguaçu-SP. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento,** v. 12. n. 72. p. 446-455, 2018.

SANTELLE, O.; LEFEVRE, A. M. C.; CERVATO, A. M. Alimentação institucionalizada suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, . **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 12, 2007.

SILVA, G. A.; SILVA, G. D.; CABRAL, A. M. B. O. *et al.* Estado nutricional e capacidade funcional de idosos oncológicos hospitalizados. **Nutrición Clínica y dietética hospitalaria**, v. 39, n. 2, p. 54-62, 2019.

SOARES; L. D. A.; CAMPOS, F. A. C. S.; ARAÚJO, M .G. R. *et al.* Análise do Desempenho Motor associado ao Estado Nutricional de Idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1297-1304, 2012.

SOARES, A. L. G.; MUSSOI, D. T. Mini-Avaliação Nutricional na determinação do risco nutricional e de desnutrição em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Nutrição Clinica,** v. 29, n. 2, p. 105-10, 2014.

WAITZBERG, D. L.; FERRINI M. T. Exame Físico e Antropometria. *In:* WAITZBERG, D. L. (org.). **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000, p.255-278.

WHO. Expert Commitee on physical status. The use and interpretation of antropometry physical status: the use and interpretation of antropometry. Geneve: Report of a WHO Expert Commitee, 1995.

# RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA TENDA DO CONTO: ENCONTRO DE NARRATIVAS SINGULARES

Ruth Nayara Firmino Soares[1]
Bianca Nunes Guedes do Amaral Rocha[2]
Verbena Santos Araújo[3]

**Resumo:** O processo saúde-doença-cuidado envolve uma série de ações para prevenção e promoção da saúde, levando em consideração o conceito multifacetado de saúde. As relações sociais e suas representações possuem importante papel e corroboram para a melhoria da qualidade de vida, sobretudo da pessoa idosa, por meio de estratégias interventivas e facilitadoras do autocuidado. O presente estudo tratou-se de um relato de experiência de uma Tenda do Conto realizada em Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra em Natal/RN, configurando-se como alternativa para o cuidado integral de forma humanizada, com potencial para a criação de vínculos e desenvolvimento de reflexões sobre a temática. O saldo foi positivo, com narrativas de histórias singulares, estabelecimento de diálogos reflexivos, contribuindo para o autocuidado, a autonomia e relações sociais possibilitadoras de empoderamento sobre a corresponsabilização em saúde.
**Palavras-chave:** Autocuidado, Tenda do conto, Relações sociais, Idoso.

1 Especialista em Educação e graduanda do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN e concluinte do curso de nutrição da Universidade Potiguar – UNP , narinharn@yahoo.com.br;

2 Doutora pelo curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, bianca.guedes@gmail.com;

3 Professor orientador: Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, verbena.bio.enf@hotmail.com.

## Introdução

A sociedade globalizada, líquida moderna e acelerada de ser, permite, muitas vezes, que os indivíduos sintam-se fartos, esgotados ou cansados da vida (WEBER, 1958). Onde "o pós-modernismo assumi a forma do Pastiche: constitui uma reação aos excessos da modernidade e do modernismo" (JAMESON, 1985, p. 111-125). Dessa forma, o significado de tempo, nos dias atuais está voltado, na maioria das vezes, para uma concepção individualista de domínio da vida, permitindo que ocorram cada vez mais distanciamentos entre indivíduos, mesmo que em suas vidas prevaleça a insegurança e a incapacidade de prever o dia de amanhã (HORKHEIMER, 1976).

> Os sólidos que estão para ser lançados no caldeirão cultural e os que estão derretendo neste momento, o momento da modernidade fluida, são os elos que entrelaçam as escolhas individuais em projetos e ações coletivas – os padrões de comunicação e coordenação entre as políticas de vida conduzidas individualmente, de um lado, e as ações políticas de coletividades humanas, de outro (BAUMAN, 2001, p.12).

Sob tal ótica as ações deixaram de ser responsabilidade da comunidade para ser apenas individual, enaltecendo a fragmentação, como forma de garantia das satisfações particulares. No entanto, a estrutura social é pautada nos relacionamentos e diálogos, sendo assim, o processo de individualização remete à perdas (BAUMAN, 2001).

Corroborando com o anteriormente descrito vale ressaltar que a noção do ser humano, enquanto indivíduo social está ligada, de alguma forma, a processos de divisão, ou seja, "a noção de indivíduo depende da noção de grupo humano, não há homem indivíduo se não há grupo de homens" (JANET, 1936, p.68).

Assim sendo, a abrangência da promoção da saúde perpassa por atividades relacionais, em sociedade, envolvendo combinação de variadas estratégias para o processo saúde-doença-cuidado por meio de ações coordenadas, que envolvem também ideias e representações dos indivíduos e do grupo social ao qual pertence (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Estes argumentos amparam a importância das relações sociais no processo de promoção da saúde, sobretudo para idosos, com suas especificidades, onde deverá haver o entendimento para essa faixa etária de que a mesma "não

é somente um fato biológico, mas também um fator cultural" (BEAUVOIR, 1990, p.20).

> A velhice é ao mesmo tempo natural e cultural. É natural e, portanto universal se apreendido como um fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos. São esses conteúdos que informam as ações e as representações dos sujeitos (MERCADANTE, 2003, p. 56).

Assim sendo, a longevidade com qualidade de vida se relaciona com prevenção e/ou controle de patologias crônicas, consequentemente manutenção da capacidade funcional que "envolve contatos e transações com outros, intercâmbio de informação, suporte emocional e assistência direta (ROWE; KAHN, 1997, p. 433).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), divulgados em 2018, demonstrou através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) que houve aumento significativo de tendência de envelhecimento na população brasileira, onde a mesma ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, totalizando porcentagem superior a 30,2 milhões em 2017.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2050, aproximadamente 2 milhões de pessoas terá mais de 60 anos, onde essa transição social está ligada ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis com destaque para a depressão e declínio cognitivo, constituindo-se desafios para as superações, uma vez que o envelhecimento não é causa determinante para limitações ou isolamento social.

No entanto, ainda há grande disparidade de condições socioeconômicas no Brasil quanto aos idosos, sobretudo àqueles com menor nível escolar, se comparado com os de outros países, o que reflete no recebimento dos cuidados considerados informais e formais, repercutindo, por vezes na capacidade de realização das atividades de vida diária (COSTA, *et al.*, 2013).

Importante ressaltar ainda o conceito da OMS para o envelhecimento ativo, como sendo "o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas"; envolvendo direitos humanos, independência, dignidade, e capacidade para o autocuidado.

Nesse cenário, e levando em consideração o conceito multifacetado de promoção da saúde, deverá haver a superação de ações meramente preventivas,

uma vez que estas desconsideram a dimensão histórico-social do processo saúde-doença-cuidado, e ainda por não fomentar as coletividades para o empoderamento e corresponsabilização em saúde (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Dessa forma, há necessidade de mudanças comportamentais para se melhor viver e promover atenção à saúde em sua integralidade, uma vez que "a saúde também se orienta a partir da constituição de um sujeito historicizado, ou seja, a partir das relações que estabelece consigo e com o outro" (SEHN, 2005, p.41-42).

A saúde engloba um conceito ampliado para além da atenção médico-hospitalar, uma vez que este modelo é apenas centrado em clínica, com atenção voltada especificamente para a doença ou o doente, dessa forma é importante que seja entendida como:

> [...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986).

Dentro desse contexto, ficou reconhecido que:

> [...] conceito de saúde, referido não apenas á assistência médica, mas relacionado com todos os seus determinantes e condicionantes[...] direito universal e igualitário à saúde; dever do Estado na promoção, proteção, e recuperação da saúde; natureza publica das ações e serviço de saúde; organizações das ações do Estado em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um Sistema único de Saúde gratuito, descentralizado para Estados e Municípios [...] (PAIM, 2008, p. 155).

Diante disso, pensar estratégias, em saúde, para além das práticas convencionais do modelo biomédico, mais do que importante, se configura como necessária forma de contribuição para melhoria da qualidade de vida e da saúde no seu sentido holístico. Conforme nos adverte a Carta de Otawa, onde o modelo biomédico é descrito como necessário, mas insuficiente, uma vez que "a promoção da saúde exige a ação coordenada de todos os implicados: os governos, os setores sanitários e outros setores sociais e econômicos, além das organizações beneficentes, as autoridades locais, a indústria e os meios de comunicação" (CARTA DE OTAWA; BRASIL-MS, 2001, p. 2).

ISBN 978-65-86901-26-9

No Brasil, de acordo com a declaração de Alma Ata de 1978, o movimento das práticas integrativas ganhou força com a Oitava Conferência Nacional de Saúde em 1986, e sua origem nos sistemas públicos de saúde ocorreu no final dos anos setenta, com a Primeira Conferência Internacional de Assistência Primária em Saúde.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada através da Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006 do Ministério da Saúde, surge com a finalidade de ampliação e de nova forma de praticar saúde no SUS. Assim sendo, a Tenda do Conto, enquanto estratégia inventiva se configura como alternativa de cuidado, e prática dialógica de ação humanizada que permite o encontro de narrativas singulares.

Gariglio (2012), nos afirma que "ainda temos como principal resposta ofertar mais do mesmo, ou seja, mais consultas, mais exames, mais medicamentos, mais procedimentos". A Tenda do Conto é criada, portanto, para o oferecimento de novas respostas e possibilidades de cuidado em saúde, enquanto ferramenta de educação permanente.

Diante dos pressupostos, o presente trabalho objetiva apresentar um retalo de experiência de uma oficina de Tenda do Conto vivenciada por profissionais de saúde, discentes, docentes e idosas representantes da comunidade local. Essa prática foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra, localizada no município de Natal/RN.

## Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, resultado de uma vivência em oficina terapêutica de Tenda do Conto desenvolvida no dia quatro de dezembro de 2019, na Unidade Básica de Saúde da Família da Vila de Ponta Negra, localizada na cidade de Natal/RN.

A referida oficina fez parte das propostas de aplicações quinzenais, com duração média de duas horas, ocorridas nas quartas-feiras na unidade de saúde já mencionada, realizadas pelo Projeto de extensão "PICS na Vila: atenção humanizada para a promoção da saúde e bem-estar do adulto e do idoso", vinculado à Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e desenvolvido por alunos e professores além da parceria com os profissionais de saúde.

O primeiro momento foi destinado para a ornamentação da sala de situação da Unidade de Saúde, com a orientação da facilitadora, a enfermeira

ISBN 978-65-86901-26-9

Maria Jacqueline Abrantes Gadelha, criadora da Tenda do Conto. Aos poucos um tapete colorido foi posto no chão em frente a uma linda mesa composta por diversos objetos de afeto. Além disso, uma cadeira foi colocada na frente da mesa para que os participantes pudessem narrar suas histórias vividas por meio de falas significadas e ressignificadas. A estrutura definitiva se assemelhou a uma sala de estar à moda antiga (Figura 1).

**Fig.1:** resultado da ornamentação da sala

Fonte: arquivo pessoal, 2019.

No segundo momento, houve a recepção dos participantes, com a escuta e canto de músicas, com destaque para a denominada Maior, cuja autoria pertence à Dani Black com participação de Milton Nascimento e para Meu Jardim de Vander Lee. Os participantes ficaram dispostos em assentos em formato circular em torno da mesa anteriormente organizada (Figura 2).

ISBN 978-65-86901-26-9

**Fig.2:** registro dos participantes

Fonte: arquivo pessoal, 2019.

O terceiro momento foi destinado às escutas dos relatos das histórias singulares vividas, a partir da escolha de um objeto de afeto. Dessa forma, foi estabelecia a vivência da Tenda do Conto enquanto prática integrativa de cuidado em saúde.

## Resultados e discussão

Os resultados foram positivos, enquanto prática de cuidado humanizado em saúde, também voltada à interação ensino-serviço. Houve compartilhamento de sentimentos ora angustiantes, ora confortantes expressos nas subjetividades.

Vale ressaltar que as escutas respeitaram as particularidades que se fizeram presentes nas falas. A vivêcia não apresentou característica de passividade, mas sim "um olhar voltado ao sujeito em sua integralidade visto que ofereceu-lhe uma escuta e um lugar em que ele pôde se sentir importante" (SILVA, *et al.*, 2014, p. 49).

Dessa forma, a vivência se constituiu como um espaço voltado à escuta qualificada, uma experiência de acolhimento, uma vez que o acolhimento é um "ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de

aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão" (BRASIL, 2006).

As falas das idosas presentes, narraram a importância do cuidar do outro, dos tempos de crises que ensinam e geram oportunidades, das memórias da infância, das bonecas confeccionadas e do trabalho com as rendas de bilros. As narrativas também trouxeram lembranças de ações dos entes queridos que já se foram e de um objeto, em especial, uma máquina de costura, sendo ressignificada na voz embargada de quem tanto lutou para possuí-la e na demonstração de felicidade e satisfação ao conquistá-la.

A história da máquina de costura supracitada foi uma das mais marcantes, sobretudo devido a emoção externada pela idosa em forma de lágrimas, e pelo afeto demonstrado ao objeto escolhido. Lembrando da infância sofrida, ela iniciou sua narrativa, onde algumas repressões da mãe fizeram parte das lembranças, verbalizadas no momento, sobretudo os fatos repressivos e de impedimentos relacionados à possibilidade de aprender a costurar, uma vez que para sua mãe os afazeres domésticos eram mais improrrtantes que uma máquina de costura. Sendo assim, somente após o casamento, e com a ajuda financeira de um filho, conquistou a tão desejada máquina de costura, aprendeu a costurar e realizou o sonho de certa forma reprimido na infância. A idosa pretende repassar os aprendizados às netas, e solicitar que as mesmas cuidem com zelo da máquina de costura por ela conquistada.

> Nessa perspectiva, as narrativas que ocorrem no espaço da Tenda do Conto dão vazão a acontecimentos passados, que passam a ser transformados nesse processo de "contação de histórias". A memória parece tornar futuro e passado contemporâneos do presente , potencializando os modos de viver (GADELHA, 2015, p.64).

Ao término de cada história houveram acolhimentos em forma de abraço da facilitadora, e a entrega de uma boneca (chaveiro boneca de pano), simbolizando o carinho e agradecimento pela participação (Figura 3).

**Fig.3:** registro chaveiro boneca de pano

Fonte: arquivo pessoal, 2019.

A emoção se fez presente em todos os momentos vivenciados, e foi expressa de alguma forma no "nosso corpo naquele espaço de tempo, como se voltássemos ao passado de alguns objetos e por meio de algumas falas e narrativas nos transportássemos a outras realidades, que sentimos como nossas mesmo delas não fazendo parte" (SILVA, *et al.*, 2014, p. 49-50).

> As narrativas dos indivíduos, suas histórias singulares, pertencem a cada narrador, embora tornem possível entrever que aspectos importantes da sociedade são por elas desvelados. A dimensão relacional do cuidado inscreve-se como marca fundante da experiência da Tenda do Conto. Olhares, gestos, escuta, toques, palavras. Criação, produção colaborativa; circulação de valores que fogem à lógica utilitarista e economicista, remetendo-nos ao sistema do dom (GADELHA, 2015, p. 88).

Tratou-se de uma prática do cuidado em saúde que abrangeu a dimensão da integralidade da atenção, onde envolveu o respeito à individualidade dos participantes. Constituindo-se como um reconhecimento dos espaços das instituições de saúde, que são potenciais geradores de acolhimento e reconhecimento do lado humano das pessoas envolvidas (GUIMARÃES, 2011).

ISBN 978-65-86901-26-9

> Os processos de produção de saúde dizem respeito, necessariamento, a um trabalho coletivo e cooperativo, entre sujeitos, e se fazem numa rede de relações, que exigem interação e diálogo permanentes. Cuidar dessa rede de relações, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder, é uma exiência maior, um imperativo, no trabalho em saúde. Pois é um meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que contruímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. (BRASIL, 2006, p. 11-12).

Vale ressaltar que na Tenda do Conto há escutas qualificadas, onde os objetos orientadores das narrativas são caracterizados como de afetos por se diferenciar dos objetos de consumo, estes relacionam-se à cultura de consumo, e aqueles são valiosos pois "são objetos que interagem e parecem desvelar algo do que foram e do que são as pessoas que participam da experiência. Objetos que ganham valores pelos afetos que despartam" (GADELHA, 2015, p. 51).

A escuta qualificada, enquanto intervençãoo de saúde é comprovadamente benéfica, por evidencias encontradas em estudos, para a saúde e melhoria da qualidade de vida, configurando-se como uma estratégia essencial para processos comunicativos e compreensivos das singularidades do outro (MESQUITA; CARVALHO, 2014).

O participante da Tenda do Conto torna-se sujeito ativo no processo vivenciado, onde são abertas possibillidades, de reinvençao, ressignificação e reconhecimento, por meio das interações das narrativas.

Observou-se "a vivência de emoções, ou seja, de sensibilidades comuns, renova nos participantes a vontade de persistir nas ações coletivas. E essa vontade não nasce de algo idealizado e fora do espaço real, mas do concretamente vivido, tocado, cantado" [...] (GADELHA, 2015, p. 126).

Diante dos pressupostos, percebe-se que a estratégia da Tenda do Conto configura-se como uma ampliação do modo de se ofertar saúde integral e transita "entre a Política Nacional de Educação Popular e a Política Nacional de Humanização em um movimento integrador, onde se faz possível pensar a desestabilização das fronteiras entre as políticas" (GADELHA, 2015, p. 145).

A Educação Popular em saúde se diferencia da educação sanitária quando o foco são os atores sociais, pois prima pela "construção do conhecimento, o respeito a culturas diferentes, a informação contextualizada e a transformação das relações sociais (ROS, 2000).

Seguindo a lógica da Educação Popular não deverá haver espaço anti-diálogo e com vertizalização das ações, mas sim valorização da liberdade e da autonomia, o que Freire trata como necessidade de processos autonomos permanentes, abrindo espaço para reflexões críticas, assumindo-se como "ser social e histórico, como ser pensante, comunicante, transformador, criador, realizador de sonhos" (FREIRE, 1996, p.41).

Nesse entendimento, se inserem os atores sociais dessa vivência de Tenda do Conto, com a valorização da liberdade e autonomia de suas narrativas externadas em grupo, e posteriores diálogos.

> E o que é diálogo? É uma relação hotizontal de A com B. Nasce de uma matriz crítica e gera criticidade. Nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé , da confiança. Por isso, só o diálogo comunica. E quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé um no outro, se fazem críticos na busca de algo. Instala-se, então, uma relação de simpatia entre ambos. Só aí há comunicação (FREIRE, 1992, p. 15).

A cuminância da vivência ocorreu por meio de agradecimentos gerais, abraços afetuosos e solicitação para que cada particiante externasse uma palavra que denotasse o momento vivido, onde palavras como: amor, alívio, emoção, paz, entre outras foram verbalizadas. Além disso, houveram pedidos de várias idosas para a repetição da oficina em outras oportunidades.

Percebeu-se, dessa forma que houve boa aceitação, com efetiva participação da oficina da Tenda do Conto, e que esta possui potencial para criação de vínculos por meio de encontro de narrativas, promovendo "reencantamento que se dá no concreto da experiência ampliando possibilidades de transformação de si e da realidade a partir do encontro de existências" (GADELHA, 2015, p. 125).

## Considerações finais

Dialogando, acolhendo, afetando, sendo afetado, cuidando e sendo cuidado são algumas das expressões que podem resumir a vivência exitosa e apaixonante, enquanto prática integrativa de valorização das experiências narradas, da Tenda do Conto.

Dessa forma, a experiência possibilitou demonstrações de afeto e valorização dos saberes populares, apresentando-se como um momento estratégico de encontro de cuidado integral, em unidade de saúde, demonstrando capacidade para criação de vínculos e contribuindo para a melhoria da autoestima e qualidade de vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

Além do supracitado vale ressaltar a importância dessa vivência para a promoção da conscientização sobre a corresponsabilização dos cuidados em saúde, que envolve além do autocuidado, a autonomia. Ademais se faz importante a realização de novas vivências para a continuidade dos benefícios em saúde, como também a constancia em estudos para a obtenção de maiores subsídios cientificos que corroborem positivamente a respeito do tema.

## Agradecimentos

O resultado satisfatório não é simples, demanda incontáveis sacrifícios e valiosas ajudas, além dos momentos em que pensamos em desistir e fraquejamos seja pelo enfrentamento de patologias, seja pela sobrecarga de tarefas impostas. Mas o caminho certo é sempre aquele que nos leva para frente, e nos permite valiosas conquistas por vezes consideradas intangíveis e inesperadas que provocam alegrias, além de emoções variadas pela recompensa dos esforços diários e pela concretização de desejos por vezes postergados. Essas conquistas que acariciam a alma, e nos ensinam o valor da perseverança remete a leituras preciosas que ressignificaram pensamentos e levaram para novos caminhos, repletos de soluções e possibilidades por meio de transformações internas. A exemplo das citações a seguir: " não haverá borboletas se a vida não passar por longas e silenciosas metamorfoses." Rubem Alves.

> Olhar-se ao espelho e dizer-se deslumbrada: como sou misteriosa. Sou tão delicada e forte. E a curva dos meus lábios manteve a inocência. Não há homem ou mulher que acaso não se tenha olhado ao espelho e se surpreendido consigo próprio. Por uma fração de segundo a gente se vê como a um objeto a ser olhado. A isto se chamaria talvez de narcisismo, mas eu chamaria de: alegria de ser. Alegria de encontrar na figura exterior os ecos da figura interna: ah, então é verdade que eu não me imaginei, eu existo. (LISPECTOR, 2004, p. 41-42).

Sendo assim, agradeço a Deus, meu fiel amigo e capacitador. Aos meus pais pela compreensão, e incentivos nas horas difíceis. À minha orientadora, professora Verbena Araújo pela disponibilidade, e atenção; agradeço também à professora Bianca Rocha pelas valiosas instruções; como a todos que de alguma forma contribuíram para a realização desse trabalho. Por fim, à Escola de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN).

## Referências

BAUMAN. **Capitalismo parasitário: e outros temas contemporâneos.** Tradução Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Jorge Zagar, 2010.

BAUMAN. Z. **Modernidade Líquida**. 1. ed. Tradução Marcus Penchel. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde, Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses, Declaração do México**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª Ed. Brasília: Distrito Federal, 2006. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1707.pdf. Acesso em: 02.09.2020.

BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

COSTA, M.F.L. *et al*. **Desigualdades socioeconômicas nas limitações das atividades de vida diária e na prestação de cuidados informais e formais para idosos não institucionalizados: pesquisa nacional de saúde, 2013**. International Journal for equity in health. PMC. Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA. Institutos Nacionais de Saúde. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112736/. Acesso em: 02.09.2020.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf. Acesso em: 15.02.2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. Ed. 33. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P; & GUIMARÃES, S. **Sobre Educação: diálogos**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Trad. Kátia de Mello e Silva. ed. 3 São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FREIRE, P. NOGUEIRA, A. **Que Fazer: Teoria e Prática em educação popular**. Ed.3 Petrópolis: Vozes, 1991.

FREIRE, P. FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. Ed. 2. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

GADELHA, Maria Jacqueline Abrantes. **Artes de viver: a tenda do conto: recordações, dores e sensibilidade no cuidado em saúde**. 2015. 216f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2015. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/20571/1/ArtesViverTenda_Gadelha_2015.pdf. Acesso em: 30.08.2020.

GARIGLIO, M.T. **O Cuidado em Saúde**. In: Minas Gerais, Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Oficinas de qualificação de atenção primária à Saúde em Belo Horizonte, Oficina 2 – atenção centrada na pessoa. Belo Horizone: ESPMG, 2012.

GUIMARAES, A. **Gerenciamento do Pessoal de Enfermagem com Estabilidade no Emprego: Percepção de Enfermeiros**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 5, p. 905-911, 2011.

HORKHEIMER, M. **Eclipse da razão**. Rio de Janeiro, Editorial Labor do Brasil, 1976.

JAMESON, F. **Posmodernism and consumer society**. In hal foster, org. Postmodern Culture, Londres: Pluto Press, 1985: 111-125.

JANET, P. **L'évolution psychologique de la personnalité**. Paris: Ed. A. Chahine, 1929.

JANET, P. **L'intelligence avant le langage.** Paris: E. Flammarion, 1936.

LISPECTOR. C. **Aprendendo a viver**. São Paulo, Rocco, 2004.

MASCARENHAS, N. B, MELO, C. M. M, FAGUNDES, N. C. **Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na atenção primária**. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672012000600016&script=sci_arttext. Acesso em 01.09.2020.

MERCADANTE, E. F. **Velhice: a identidade estigmatizada**. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 75. Ano XXIV. São Paulo: Cortez, setembro de 2003, p. 55- 73.

MESQUITA, A.C, CARVALHO, E.C. **A escuta terapêutica como estratégia de intervenção em saúde: uma revisão integrativa**. Rev.Esc. Enferm. USP. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n6/pt_0080-6234-reeusp-48-06-1127.pdf. Acesso em: 02.09. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de** saúde. World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 01.09. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Boletim da organização mundial da saúde**. Disponível em: https://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/es/. Acesso em: 02.09. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informative-depressão**. Brasil, 2018. Disponível em:https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095. Acesso em: 15.02. 2020.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

PNAD. Agência Ibge notícias. Pnad Contínua. **Número de idosos cresce 18% em cinco anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. 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: 02.09. 2020.

ROS, M. A. D. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da epistemiologia de Ludwik Fleck.** Tese de Doutorado em Educação e Ciência. Florianópolis: CED, UFSC, 2000.

ROWE, J. W.; KAHN, R. L. **Sucsseful ageing. Gerontologist**, v.37, n.4, p.433-440, 1997.

SANTIAGO, M.B.N. Diálogo **e educação: o pensamento pedagógico em Martin Buber**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Pernambuco, 2008.

SEHN, L. M. A **Produção do conhecimento, a psicologia e as políticas**. In: NASCIMENTO, C. A. T; LAZZAROTTO, G. D. R.; HOENISCH, J. C; SILVA M. C. C. D; MATOS, R. Da L. (Org.). **Psicologia e políticas públicas experiências em saúde pública**. Promoção: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul CRP – 07. p. 41 – 42. 2005.

SILVA, A.V. F. et al. **A Tenda do Conto como prática integrativa de cuidado na atenção básica**. Natal: Edunp, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/itens-do-acervo/files/a_tenda_do_conto_como_pratica_integrativa_de_cuidado_na_atencao_basica.pdf. Acesso em: 30.08. 2020.

WEBER, M. **Science as a vocation**. In: GERTH, H.H.; WRIGTH, M.C., orgs. From Max Weber: essays in sociology. New York, Oxford University Press, 1958.

ZATTI, V. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ISBN 978-65-86901-26-9

# O VELHO, A VELHICE: ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

Elaine da Silva Santos Rodrigues[1]
Prof. Dr. Murilo Peixoto Mota[2]

**Resumo:** O presente trabalho aborda as questões inerentes ao processo do envelhecimento populacional, suas relações familiares tendo o idoso como sujeito protagonista desse processo social a partir de uma pesquisa. Os dados analisados neste artigo foram extraídos, basicamente, de entrevistas qualitativas sobre a terceira idade e sociabilidade. Tem como objetivo apresentar a discussão sobre a perda de autonomia na velhice em seus respectivos espaços públicos e privados, analisando as dimensões os processos de recoabitação familiar e suas implicações no contexto dos atores pesquisados. A pesquisa foi parte conclusiva do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Políticas Públicas e Cultura de Direitos da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NEPP-DH/UFRJ.
**Palavras-chave:** Envelhecimento; Recoabitação familiar; Autonomia.

**Abstract:** The present work addresses the issues inherent to the population aging process, their family relationships, with the elderly as the protagonist of this social process based on a research. The data analyzed in this article were extracted, basically, from qualitative interviews about the third age and sociability. It aims to present the discussion about the loss of autonomy in old age in their respective public and private spaces, analyzing the dimensions of the

1 Assistente Social formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ; Pós- Graduada em Políticas Públicas e Culturas de Direitos – NEPP-DH/UFRJ; Especialista em Literatura Brasileira – Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ; Idealizadora da Oficina Memória Palavras e Canções; Mestranda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, penedolany@hotmail.com

2 Este artigo foi orientado pelo Prof. Dr. Murilo Peixoto Mota – NEPP-DH/UFRJ, Doutor em Serviço Social pelo Programa de Pós Graduação da Escola de Serviço Social/UFRJ; Mestre pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCUZ; Bacharel em Ciências Sociais pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/UFRJ ; Sociólogo do Núcleo de Estudos em Políticas Públicas e Direitos Humanos/UFRJ;.muriloufrj@gmail.com

processes of family rehabilitation and their implications in the context of the actors surveyed. The research was a conclusive part of the conclusion work of the Specialization course in Public Policies and Rights Culture at the Federal University of Rio de Janeiro - NEPP-DH / UFRJ.
**Keywords**: Aging, Family Re-Cohabitation, Autonomy

## Introdução

O tema em questão se articula com a trajetória profissional do pesquisador envolvido neste artigo. Trata-se de uma pesquisa sobre as Casas de Convivência e Lazer para Idosos, em específico, a Casa Dercy Gonçalves[3].

Segundo a definição do Programa da Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida (SESQV), as Casas de Convivência se constituem como um espaço de sociabilidade e "integração social por meio da promoção de atividades planejadas e sistematizadas, objetivando contribuir para o envelhecimento ativo e saudável, evitando o isolamento, favorecendo a inclusão social" (SESQV; 2015).

A partir desta experiência de pesquisa, ao longo da trajetória profissional do pesquisador e no âmbito do debate sobre políticas públicas em Direitos Humanos, novas questões surgiram e se articularam sobre a perda da autonomia decorrente do processo de envelhecimento. Qual seja, os aspectos que envolvem o velho nos espaços públicos e privados, além dos processos de recoabitação familiar e suas implicações ao que diz respeito aos direitos dos idosos.

Neste contexto, o presente artigo analisa o tema da velhice em suas dimensões familiares, no âmbito da pesquisa supracitada, porém ainda pouco refletidas, aspectos que chamam atenção para serem aprofundados. Trata-se de focalizar nas falas daqueles entrevistados as representações do afeto, da sexualidade, da dignidade, articulados ao processo do envelhecimento, mas priorizando as singularidades dos acontecimentos no lar, entre os atores que interagem no recinto privado, de dentro da família e, também nos espaços públicos.

Vale destacar, em dimensão mais ampla para este debate, o quanto que o tema da velhice como preocupação global é ainda recente. Nos últimos trinta anos, começa-se a assistir uma explosão sobre esta discussão, que ganha maiores respaldo no Brasil[4]. Ademais, cabe ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica como idoso toda pessoa acima de 65 anos de

3 A referida "Casa" faz parte do Programa Casas de Convivência e Lazer para Terceira Idade da cidade do Rio de Janeiro.

4 A partir da Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – o Estatuto do Idoso. Em seu artigo 1º aponta como idoso todos com idade igual ou superior a 60 anos.

ISBN 978-65-86901-26-9

idade em países desenvolvidos e acima de 60 anos de idade nos países em desenvolvimento.

Com base em relatório da ONU (2013), a população mundial que atualmente é de 7,2 bilhões de pessoas chegará a 9,6 bilhões em 2050[5]. O que se vislumbra a partir destes dados é o crescimento da população nos países em desenvolvimento. Esse crescimento se dá em virtude da queda da taxa de fertilidade e principalmente pela evolução da expectativa de vida. Esse estudo prevê que a população das regiões desenvolvidas permanecerá praticamente inalterada em torno de 1,3 bilhão até 2050. No entanto, nos países menos desenvolvidos deve dobrar o número de indivíduos de cerca de 900 milhões em 2013, para 1,8 bilhão em 2050. Ou seja, a expectativa de vida deverá aumentar nos países desenvolvidos e em desenvolvimento nos próximos anos de maneira global. Neste sentido, a previsão é de 76 anos no período entre 2045-2050 e 82 anos em 2095-2100. Assim, se pode afirmar que até o final do século, as pessoas que moram em países desenvolvidos poderão viver, em média, 89 anos, enquanto as que moram nas regiões em desenvolvimento devem viver cerca de 81 anos.

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE; 2010), houve uma evolução na demografia em meio a segunda metade do século XX. Essa evolução se deu em razão da diminuição dos níveis de mortalidade e fecundidade da população. Tal fato indica que há grandes índices de envelhecimento populacional. Há dez anos o número de idosos era de 14,5 milhões (8% da população total)[6] . Atualmente, com base no IBGE (2010), há 21,7 milhões de idosos no Brasil[7]. O que corresponde há 11,3% da população total. Sendo 18,1 milhões de idosos vivendo em áreas urbanas e 3,6 milhões vivendo no campo. Nesta perspectiva, segundo Cecília Minayo (2002) hoje há pelo menos uma pessoa idosa em 26% dos lares brasileiros e há mais de 30 mil pessoas com mais de 100 anos no país.

O tema do envelhecimento ganha notoriedade em nossa sociedade. O que se assinala como fato é não sermos mais um país de jovens, o que se impõe indagar: como se dá o envelhecer na sociedade brasileira? Há nesse envelhecer

5 Dados apontados no relatório da UNO "Perspectivas da população Mundial: uma revisão de 2012". Divulgados em 13 de junho de 2013. Disponível em http://www.onu.org.br/populacao-mundial-deve-atingir-96-bilhoes-em-2050-diz-novo-relatorio-da-onu/> acesso em 25 de fev. de 2013.

6 Fonte: Portal no envelhecimento, ver referência bibliográfica.

7 Fonte: Portal de Notícias R7, ver referência bibliográfica.

qualidade de vida? Segundo Guitta Debert (1999), há nesta discussão o que chama de "crônica da crise anunciada", ou seja, mais especificamente, para o ano de 2025, enfrentar-se-á certo futuro sombrio, pois o país viverá com uma superpopulação de velhos, o que implicará em políticas de Estado com altos custos sociais, políticos e econômicos a fim de se garantir os Direitos Humanos dos idosos.

Ainda nesse aspecto, Guitta Debert (1999) fala sobre a "reprivatização da velhice". Trata-se de uma análise sobre o perfil que assinala certos aspectos contraditórios dos idosos brasileiros, os quais são percebidos em sua maioria como "vítimas da miséria". Todavia, os meios de comunicação os apresentam, como sujeitos ativos e lúcidos, prontos para viverem como se gozassem de uma fase mais importante e agradável da vida, em que a única preocupação é a felicidade. Assim, o velho é espelhado como "sujeito-único", responsabilizado por seu próprio bem-estar, por suas ações, visto como individualizado em suas necessidades assistenciais. Cabe acentuar neste aspecto o debate sobre a velhice desumanizada, ao qual acrescenta Simone de Beauvoir:

> Exigir que os homens permaneçam homens em sua idade mais avançada implicaria uma transformação radical. Impossível obter esse resultado através de algumas reformas limitadas que deixariam o sistema intacto: é a exploração dos trabalhadores, é a atomização da sociedade, é a miséria de uma cultura reservada a um mandarinato que conduzem a essas velhices desumanizadas. (BEAUVOIR, 1990, p. 14).

Neste aspecto Barroso destaca:

> O Envelhecimento é um processo que traz modificações ao indivíduo na área bio-psico-social, podendo ser conceituado como a soma total das modificações que ocorrem no indivíduo com a passagem do tempo, do nascimento através do curso de vida. (BARROSO, 1997, p.7).

Para Barroso (1997), a ideia de "curso da vida" se refere às modificações e limitações próprias da idade. O curso do tempo, somado à história de vida de cada indivíduo pode trazer implicações nas relações familiares ao se chegar à velhice. São observadas mudanças relacionadas á perda de autonomia, a dimensão do "ser velho" na dimensão do mundo moderno, a relação entre o público e privado e o ser sujeito e ser idoso. Nesse sentido, Simone de Beauvoir ressalta que o envelhecimento está ligado à ideia de mudança:

> Mudar é a lei da vida. É um certo tipo de mudança que caracteriza o envelhecimento: irreversível e desfavorável – um declínio. O gerontologista americano Lansing propõe a seguinte definição de envelhecimento: "Um processo progressivo de mudança desfavorável, geralmente ligando à passagem do tempo, tornando-se aparente depois da maturidade e desembocando invariavelmente na morte (BEAUVOIR, 1990, p.17).

É notório que a chegada do envelhecimento populacional traz com ele mudanças na forma como a sociedade se organiza. Segundo Clarice Peixoto (1998), o aumento da expectativa de vida do indivíduo, trouxe problemas sociais, ou seja, a velhice se tornou um "problema social", aspecto referendado por Cecília Minayo (2002) ao afirmar que os velhos são considerados pelo imaginário social como um "peso morto", como algo descartável.

O que se pode ressaltar nesta conjuntura é que "de envelhecer ninguém escapa" (PEIXOTO, 2004, p.09). Mas, como se dá a experiência deste envelhecer? Todos nós um dia envelheceremos, no entanto, esse processo será vivenciado de forma diferente individualmente, mas com expressões de impacto coletivo e responsabilidade social. Neste sentido, a velhice tem articulações no âmbito das categorias classe social, etnicidade, geração e gênero. Ou seja, a forma como cada sujeito envelhece é impactada, a partir da posição social que ocupa na sociedade de uma maneira relacional, com outros aspectos da vida, de forma a se acentuar como um ciclo. Portanto, é histórica a diferenciação da velhice em suas dimensões no contexto das lutas de classes, da cor ou ser homem ou mulher (BEAUVOIR, 1990; PEIXOTO, 2004).

O presente artigo pretende analisar a perda da autonomia e suas implicações na vida dos idosos entrevistados a partir do material já levantado em pesquisa anterior. O tema segue apresentando a discussão sobre a autonomia dentro dos espaços públicos dialogando com a questão dos direitos. Em um outro momento das linhas que seguem abre-se para a reflexão sobre o espaço privado do lar e suas relações decorrentes do processo da recoabitação familiar.

## Metodologia

A pesquisa desenvolveu-se no trabalho de campo onde foram realizadas um total de treze entrevistas, a partir dos referenciais de metodologia qualitativa em ciências sociais, valendo-se de um roteiro de questões abertas e semiestruturadas com o uso de um gravado. Foi possível analisar os temas:

ISBN 978-65-86901-26-9

visões sobre a terceira idade, relações familiares, sociabilidade, sexualidade entre outros.

Importante ressaltar que todas as entrevistas foram executadas de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e autorização de uso de imagem e som - (imagem e voz).

## Perda da autonomia na velhice: o espaço público em discussão

Mostra-se como de fundamental importância para nossa reflexão sobre a velhice entender a relação entre perda de autonomia em seus espaços tanto públicos quanto privados. Neste sentido, falar sobre a perda da autonomia[8] se impõe analisar os estigmas que acompanham o processo do envelhecimento. Segundo Elizabeth Mercadante (2003)

> A velhice é ao mesmo tempo natural e cultural. É natural e, portanto, universal se apreendida como fenômeno biológico, mas é também imediatamente um fato cultural na medida em que é revestida de conteúdos simbólicos. São esses conteúdos que informam as ações e as representações dos sujeitos. (MERCADANTE, 2003, p.56).

Os estudos de Simone de Beauvoir (1990), Myriam Lins de Barros (1998) e Guitta Debert (1999) também direciona o debate para a compreensão de que o fenômeno da velhice se apresenta num contexto biológico, social e cultural. No que se refere ao imaginário social existe a construção de modelo social do ser velho. Fato que nos leva a pensar sobre a identidade do idoso, e como essa representação é sentida e vivida em seus respectivos espaços. De acordo com a representação social a imagem do ser velho está na contraposição do belo pelo feio, do triste pelo alegre, da autonomia para o declínio. Ou seja, segundo afirma Simone de Beauvoir (1990, p. 15), "a velhice implica em um declínio biológico e psicológico acarretando mudanças na vida do indivíduo e em seu meio". No entanto, como qualquer idade, o termo velhice é algo determinado pela sociedade da qual o indivíduo faz parte.

Essas formas de representações se dão em termos nominais, que segundo Clarice Peixoto (1998), ao analisar os temas classificatórios velho, velhice, velhote e terceira idade, a noção do velho é algo decadente, imprestável,

8 Autonomia: 1. Faculdade de se governar por si mesmo. 2. Liberdade ou independência moral ou intelectual. 3. Condição pela qual o homem pretende escolher as leis que regem sua conduta.

incapaz. Já a autora Myriam Lins de Barros (1998, p.81) afirma que "a velhice assusta!" e sua associação com a morte é sempre presente em qualquer época. Nos relatos das entrevistas levantadas na pesquisa supracitada essa percepção está presente:

> *Ah! Chegou "na idade," é velho, encosta ele porque não vai fazer mais nada.* (Idoso, 67 anos).
>
> *As pessoas da minha idade, você sabe, a gente, idoso, mesmo no carinho dentro da família e tudo... Ela não faz isso porque ela não pode, ela não vai ali porque ela não pode. E vai ficando assim quietinha no lugar né?* (Idosa, 80 anos).
>
> *Eu acho que o povo tem preconceito. É o pior de todos os defeitos da humanidade é o preconceito (...). E esse preconceito nunca vai deixar de existir. Isso vai sempre existir...* (Idosa, 70 anos).
>
> *O idoso, é solidão, ninguém quer, ninguém conversa, é doença e abandono*. (I*dosa*, 67 anos).
>
> *É muito triste a velhice, porque você quer fazer uma coisa, sente vontade e teu corpo não responde, não acompanha... É uma tristeza mesmo.* (*Idoso*, 72 anos).
>
> *É muito ruim você olhar para o telefone e o filho não ligar... Sabe, eles, não tem assunto pra gente! Teve um único dia que senti solidão: eu sentada na mesa e ninguém olhava pra mim...* (*Idosa*, 67 anos).

A fala dos entrevistados em suas vivências individuais, sobre a própria velhice, aponta para a reflexão do quanto é notório que as classificações do estigma estão diretamente ligadas com a perda da autonomia decorrente do processo natural inerente ao envelhecimento: doenças degenerativas, comprometimentos físicos e mentais que implicam na vivência do idoso, deixando-o vulnerável, precisando de cuidados de terceiros. Elizabeth Mercadante (2003) afirma:

> No modelo social de velho, as qualidades a ele atribuídas são estigmatizadoras e contrapostas às atribuídas aos jovens. Assim sendo, qualidades como atividades, produtividade, memória, beleza e força são características e presentes no corpo dos indivíduos jovens e as qualidades opostas a estas presentes no corpo dos idosos. (MERCADANTE, 2003, p 56.)

Percebe-se que através das considerações feitas pelos velhos entrevistados, suas queixas denotam para o andar alquebrado, a presença de doenças, preconceito e solidão. Todas essas questões são acentuadas quanto levadas aos espaços públicos de atuação desses idosos. Assim, a perda da autonomia é

revelada em simples atividades do cotidiano como: pegar um ônibus, se locomover em atravessar um semáforo, a espera em filas, a demanda da assistência e os cuidados com a saúde, entre outros. Tal contexto acentua Cecília Minayo (2004), que a perda da capacidade para realizar essas ações tão corriqueiras e comuns para a maior parte da população, se revela um desafio para o idoso incapacitado pela idade.

Em uma análise que aborda a conjuntura sobre os direitos, a legislação brasileira atual assegura medidas que tentam atenuar esse processo de declínio natural, visando um envelhecimento com mais dignidade e respeito. Tal fato se exemplifica com a Constituição Federal de 1988, o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso, entre outras regulamentações inerentes ao tema.

Sobre o ponto de vista dos direitos Guita Debert (1999) coloca: "O idoso como ator político converteu a solidariedade entre gerações e a dimensão moral das políticas em uma questão central de cidadania". (DEBERT, 1999, p. 230)

Neste contexto, ao direcionar o olhar para a lógica dos direitos, percebe-se inúmeras leis que, teoricamente, cumprem o papel de amparar os velhos na falta de sua autonomia. No entanto, não é o que realmente ocorre. Em suma, os direitos, não são respeitados, tornando ainda mais difícil a vida do idoso que luta para manter a autonomia mesmo diante de sua incapacidade física ou mental. Temos como exemplos os assentos em transportes públicos, onde a sociedade muitas vezes não respeita. Há os que tomam posse dos assentos destinados ao segmento populacional idoso. Ademais, podemos destacar: os planos de saúde que oneram seus valores em razão da idade e das doenças adquiridas pelo processo do envelhecimento; e bancos e financiadoras de créditos que golpeiam financeiramente os velhos, se favorecendo da fragilidade física e mental deles.

Outro dado alarmante é o número de acidentes e mortes ocasionados pelos meios de transportes públicos. Revelam-se como queixas principais dos idosos: as longas esperas nos pontos de ônibus, condutores que não param o ônibus no ponto ao perceber que se trata de idoso acenando e principalmente às "arrancadas", que alguns motoristas fazem ao sair com ônibus dificultando e colocando em risco a vidas dos idosos usuários desses serviços.

> *Já esperei por um ônibus quarenta e cinco minutos quando eu estava me encaminhando pra porta da frente, quando o motorista viu que eu era idoso ele arrancou com o ônibus. A gente faz sinal eles não param, faz sinal pra o outro que vem atrás e não param.* (Idoso, 76 anos).

Segundo pesquisas, os acidentes de trânsito constituem-se a primeira causa de mortes em idosos, tendo como segunda causa as quedas, conforme relata Cecília Minayo (2004). A situação descrita é apenas um dos retratos de como a perda da autonomia dentro dos espaços públicos, podem interferir de maneira negativa na vida dos velhos.

## Ser idoso: suas dimensões no espaço privado do lar

Outra particularidade inerente aos caminhos da velhice refere-se ao espaço privado. Em meio a esse debate, a questão da autonomia entra como reflexão central, pois se refere á incursão do velho no âmbito do seu aposento e o sentido de cuidado e cuidadores, que envolvem a família entre outros sujeitos. A autonomia dos idosos relaciona-se com os problemas de ordem financeira, viuvez e doenças, aspectos que se articulam com a demanda de suas fragilidades (PEIXOTO, 2007). De todo modo, cabe lembrar, que existem diferenças entre independência física e autonomia, segundo o autor Pedro Monteiro (2003):

> A independência física é o ato de agir com o corpo em todos os sentidos, sem necessitar de auxílio de outrem, enquanto a autonomia possui um conceito mais amplo, significando a condição de se relacionar com as pessoas de modo igualitário, uma relação sujeito-sujeito, permitindo o respeito pelas capacidades do outro. (MONTEIRO, 2003, p. 147)

As políticas públicas e sociais brasileiras não dão o suporte necessário para o sustento na velhice, a exemplo das baixas aposentadorias, sistema único de saúde decadente e precário, programas assistenciais incapazes de prover os mínimos sociais. Diante disso, os idosos afetados pela perda da autonomia, buscam suprir essas lacunas em sua rede de suporte familiar. (PEIXOTO 2004).

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 230, reforça a responsabilidade da família quando institui como dever prioritário da mesma, em cuidar de seus idosos. Dispondo que "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 direito à vida". Estabelece ainda que "os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares" (parágrafo1º).

ISBN 978-65-86901-26-9

De acordo com Clarice Peixoto (2007), esse cuidado se traduz em grande parte por meio do processo da co-residência, através do compartilhamento do mesmo espaço físico – privado. Ou seja, à medida que se percebem incapacitados para cuidar da própria saúde, realizar as atividades cotidianas ou suprir seu sustento, assim como suas necessidades vitais, essa parcela de idosos passam a "recoabitar" com filhos, noras, netos ou algum outro parente para dar conta de sua sobrevivência.

O termo recoabitação significa uma modalidade de co-residência, ou seja, é o momento em que os velhos, deixam suas casas e passam a habitar novamente com seus filhos ou parentes próximos. Esse momento é geralmente motivado por fatores como incapacidade física, mental e até mesmo emocional, que envolve fugir da solidão, o que leva á uma reorganização familiar, sobretudo nas relações entre pais e filhos (PEIXOTO, LUZ apud ATTIAS-Donfundt; 2007).

A falta de gerência sobre suas decisões e sobre a própria vida se mostra evidente dentro do espaço privado do ser velho. As limitações funcionais do corpo e da mente os "obrigam" á fazer esse deslocamento trazendo implicações no sujeito idoso. É o que nos relata um dos entrevistados, de 88 anos, contador aposentado. Ele nos conta que antes de se aposentar tinha seu próprio escritório e morava com a esposa, após diagnosticado com *Parkinson* passou a ser cuidado pela esposa e pelos filhos. Em seu relato, ele expressa uma insatisfação com o controle exercido sobre suas atividades, principalmente, pela esposa e filhos, que não lhe permitem trabalhar nem fazer o que dá lhe dá prazer:

> *É a vida... Agora, eu sinto falta do trabalho... Tem que ter uma ocupação. Mas, eles não deixam eu ir mais à cidade, eles não querem que eu tenha mais ocupação. Não querem eu dirija mais, eu sempre tive carro, tenho loucura por carros!*

Para Clarice Peixoto (2004), essa ausência do trabalho é denominada de "vazio social". Em sua pesquisa intitulada "Aposentadorias: retorno ao trabalho e solidariedade familiar", exemplifica inúmeros casos de aposentados que desejam retornar ao trabalho, a grande maioria destes, por motivos financeiros, para complementação da renda. No entanto, existe uma parcela significativa deles que, mesmo não evidenciando a necessidade monetária em si, anseiam por voltar à vida ativa por não suportarem o vazio provocado pela ausência da ocupação que exerciam antes. Ainda nesse sentido, Cecília Minayo acentua que:

ISBN 978-65-86901-26-9

> Embora a sociedade adulta seja a grande responsável pelo imaginário sobre a velhice, também os próprios velhos estão imbricados na produção da ideologia que sobre eles é produzida. Muitos não se conformam com a perda de poder, outros que só viveram para o trabalho, sentem-se perdendo a identidade quando se retiram das atividades profissionais, outros, ainda, se isolam do mundo da vida, enclausurando-se numa solidão desnecessária. (MINAYO, 2002, p.02).

Em outro depoimento, o entrevistado, jardineiro, aposentado, 87 anos, ao se deparar com sua grave diabetes passou a residir com a filha mais nova após a morte de sua esposa. Segundo ele, morar com a filha é bom, mas, ela não concorda que ele procure outro relacionamento amoroso:

> *Sinto falta de ter uma costela pra esquentar o frio... Mas, é como minha filha diz: Já estou velho, é melhor procurar uma cadeira de balanço.*

Em ambos os depoimentos é perceptível a interferência familiar sobre a vida dos idosos. Para eles, não há mais autonomia sobre suas decisões. Há uma troca de autoridades, como afirmam as autoras Clarice Peixoto e Gleice Luz:

> A coabitação pode ser lida, então, como um fator que estimula a solidariedade familiar nos períodos mais difíceis da vida de cada um de seus membros. Isso não significa, no entanto, que as trocas intergeracionais tenham aumentado ou diminuído e, sim, que as relações familiares adquiriram uma outra dinâmica, pois a recoabitação sempre acarreta uma inversão dos papéis familiares: alguém perderá a autoridade (chefia) familiar, cedendo seu lugar para outro. (PEIXOTO e LUZ, 2005, p. 175)

Por meio do processo da recoabitação familiar, evidencia-se a perda de autonomia e consequente "inversão de papéis" em vários aspectos da vida desses idosos: aspecto financeiro, afetivo e social. Os sujeitos citados reclamam sobre a falta de gerência sobre suas decisões e sobre o controle de sua liberdade, dentro do espaço privado do ser velho. É o que nos diz a fala de outra entrevistada:

> *Depois que me separei do meu marido, fui morar com as minhas irmãs...*
> *Mas, eu sou muito diferente delas! Eu sou vaidosa, gosto de sair e de namorar... Elas ficam me criticando, falam que eu saio muito e não concordam que eu namore. Mas, eu namoro escondido. Se eu pudesse, morava sozinha, mas, infelizmente, eu não posso. (*Idosa, 68 anos).

Outro ponto para a reflexão sobre a recoabitação familiar é a reorganização dos espaços privados. Há a necessidade de uma adaptação na rotina de ambos os lados. Para a família que recebe em sua casa o idoso, bem como, para o idoso que abre mão de seu antigo espaço privado e passa recoabitar com essa família.

No que se refere ao idoso como sujeito, há a perda de sua própria identidade e história de vida. De acordo com Clarice Peixoto e Gleice Luz (2007 p.180) "são espaços, regras, horários e tarefas que devem ser adaptadas às necessidades e atividades de cada um e do grupo em particular." Para moldar-se à esse novo espaço, o sujeito idoso destituído de sua autonomia perde seu direito pessoal de envelhecer. Ou seja, o direito "*personalíssimo*" como assegura o próprio Estatuto do Idoso, 2003, art. 8º: O envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente. Cabe ressaltar em seu artigo 2º do Estatuto do Idoso:

> 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. (LEI 10.741/93 - ESTATUTO DO IDOSO)

De acordo com as declarações dos entrevistados, há uma nova reconfiguração familiar provocada pela recoabitação. Nesta conjuntura, os direitos individuais são em alguns momentos violados, é o que ressalta outra entrevistada: Trata-se de uma senhora aposentada, de 69 anos, que após ficar viúva passou a morar com uma de suas filhas. Ela relata que relutou em sair de sua casa, no entanto a filha colocou a preocupação em deixá-la só devido a sua diabetes, problemas de locomoção e visão. Após muita insistência ela decidiu morar com a filha. Em seu depoimento ressalta:

> *Depois que passei a morar com minha filha e minha neta, já não escuto mais os programas que gosto, meu rádio nem "pega" lá na casa dela... E a televisão vive naqueles canais de desenho... Minha neta não vê outra coisa. Não se vê um repórter, uma novela, nada, nada... Minha filha me leva a todos os lugares que vai, nem sempre eu quero ir, mas tenho que ir mesmo contra a minha vontade. Ela tem medo que eu fique em casa sozinha e aconteça o pior. Mas, o que se pode fazer? Eu preciso ficar lá né? Por causa do meu problema de visão.*

Analisa-se a partir dos depoimentos acima citados que desejos e vontades de ambas as idosas não são levados em consideração, elas perderam, portanto, seu protagonismo como sujeitos sociais. A existência de conflitos e tensões é presente em toda relação social (LINS DE BARROS, 1987). Mas pode-se considerar que se tratam de questões inerentes as relações humanas, o que, segundo Andréia Cardoso (2011), está presente nas relações de caráter afetivo, principalmente, em relações de re-coabitação familiar que incluem em sua configuração pais, filhos e netos.

O próprio mecanismo de recoabitação familiar, trás em si motivos geradores de conflitos que articulam novas questões, tais como: quem dividirá o quarto com quem? Há possibilidade de se criar na casa, novos espaços privados? Quem será o cuidador do idoso, como ficará as readequações de horários, divisão de tarefas, compartilhamento de dispositivos de entretenimento, entre outras infinitas questões de ordem particulares e familiares? São indagações ocasionadas por estilos de vidas diferentes, como aponta Lins de Barros (1987, p. 45), "tais relações entre duas gerações não se dão, entretanto, sem um conflito mais ou menos sutil, dependendo da dificuldade em se estabelecer um vínculo comum através de estilos de vida algumas vezes divergentes".

Por meio da pesquisa foi possível observar que nem sempre é possível superar positivamente esse momento de conflito no processo da recoabitação familiar. O conflito gerado pela experiência de se viver a recoabitação pode chegar a um limite levando-o à ruptura. Como acentuado pela aposentada de 79 anos, que após ir morar com uma das filhas, começou a ter vários desentendimentos. Segundo ela, não podia comer o que gostava, a casa da filha era sempre muito barulhenta. E segundo nos conta, a filha queria controlar sua aposentadoria. Diante disso, ela resolveu voltar para sua antiga casa. A filha não aceitou. Uma vez criado o empasse, a solução encontrada foi alugar uma casa na mesma vila onde ambas pudessem ficar próximas, mas, com autonomia e independência. Assim, solucionaram sua questão central: manter a liberdade da mãe sem ficar longe da filha.

> *Não deu certo! Eu tenho meus costumes, minha vida, é melhor ficar no meu cantinho até quando Deus quiser!*

Nos mesmos contextos acionados pelo curso da vida, em que a dimensão da autonomia e independência são postos em xeque, observa-se também na fala de outra senhora costureira aposentada, de 77 anos:

> *Passei oito meses na casa de minha filha enquanto me recuperava de uma cirurgia na coluna. Foi muito bem cuidada lá! Mas lá eu ficava muito sossegada! Muito sentada! Só do corredor pra sala e pra cozinha. Me sentia sem liberdade(...) Agora na minha casa eu vou aonde quero. Coloco a roupa na máquina, coloco água em minhas plantas, faço o que posso. Minha filha não queria que eu voltasse. Mas achei melhor assim.*

Se por um lado o processo da recoabitação estimula a solidariedade em suas redes familiares, por outro, o mesmo processo provoca a inversão de papéis familiares, causando tensões e conflitos em seus relacionamentos, aspectos discutidos por Clarice Peixoto e Gleice Luz:

> É difícil manter a boa distância quando se vive em uma família com duas, três, ou mesmo quatro gerações. Existem tensões, conflitos e até rupturas. O anseio por privacidade, a vontade de ter momentos solitários são elementos que tencionam a harmonia familiar e pressionam a construção de estratégias para evitar os conflitos ou a ruptura. (Peixoto e Luz, 2007, pp, 185-186)

Lins de Barros (1987) chama a atenção para a questão do conflito, ela coloca a importância de ser considerar que o conflito "não é algo necessariamente destruidor de uma unidade social". Se assim pensarmos, será possível entender os diferentes pontos de vista e resolver dificuldades de relacionamentos. Ou seja, o conflito e o afeto coexistindo em suas relações.

## Considerações finais

Pensar que não somos mais um país de jovens constitui-se um desafio. Uma estatística que a cada censo vem sendo comprovada e traz com ela mudanças significativas em nossa sociedade, em nossa economia, em nossa forma de pensar as etapas da vida e as novas configurações familiares.

O velho, sempre foi sinônimo de "peso morto", do feio, do descartável, algo sem direitos. Avançou-se o tempo, as políticas públicas, o curso da vida. No entanto, ainda restam estigmas da velhice por todo lugar. E, romper com o estigma, com o preconceito, com as diferenças geracionais não é uma tarefa fácil. Assim, identificamos que não há um padrão a ser seguido para o envelhecimento e que envelhecer não se resume a uma contagem cronológica do tempo apenas. Faz-se necessário o reconhecimento da pluralidade de experiências de envelhecimento. Cada um terá o seu modo e a sua forma de envelhecer. Sua história de vida. Isso, porque o envelhecimento é "uma

ISBN 978-65-86901-26-9

categoria socialmente produzida" (DEBERT, 1999, p. 17) e depende dos vários aspectos biopsicossociais.

Pela velha estrada da vida, encontraremos velhos que envelheceram de forma ativa e autônoma; por essa mesma estrada, encontraremos outros tantos, tombando em seus caminhos, dependentes e sem sua autonomia enquanto sujeitos.

Sem o amparo necessário por parte do Estado, essa parcela de idosos é violada em seus direitos tanto em seus espaços públicos (saúde, moradia, aposentadorias, meios de transportes) como em seu espaço privado: a dicotomia entre ser sujeito e ser idoso. Essa parcela de idosos dependentes encontrou no processo da recoabitação familiar uma alternativa para remanejar a vida.

A presente pesquisa mostrou que as mesmas relações de recoabitação que se unem recriando identidades comuns é a mesma que acentua diferenças e também separa. São relações intergeracionais que se encontram e se contrapõem com seus afetos e conflitos e até mesmo rupturas. Nesse sentido, todos os profissionais envolvidos com programas de família e também comprometidos com a defesa dos Direitos Humanos, são convidados a pensar e repensar diariamente suas especificidades profissionais na tentativa de gerenciar esses conflitos, adaptar mudanças, propondo soluções.

Temos o entendimento que o estudo do tema em Políticas Públicas e Direitos Humanos configura-se como um desafio. Levando-se em conta que a referida pesquisa foi no âmbito do Serviço Social, cabe ressaltar que, segundo Marilda Iamamoto (2005), os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, e o envelhecimento se traduz como sendo uma dessas expressões. Observa-se que os direitos desse segmento populacional são desrespeitados e violados. Muitos idosos nem sequer conhecem que são possuidores de tais direitos.

O envelhecimento populacional trouxe uma série de mobilizações de alguns segmentos sociais, entre eles o movimento dos aposentados, o que coloca os velhos estigmatizados como atores sociais que impõem suas lutas e suas pautas reivindicatórias. No entanto, não lograremos êxito se essas leis ficarem apenas no papel. Faz-se necessário debruçar-se sobre essa nova realidade social que o país está vivendo, conhecer, acompanhar e cobrar de fato a efetivação dos direitos dos idosos já conquistados.

A presente pesquisa mostrou que as mesmas relações de recoabitação que se unem recriando identidades comuns é a mesma que acentua diferenças e,

também separa. São relações intergeracionais que se encontram e se contrapõem com seus afetos e conflitos e até mesmo rupturas.

Nesse sentido, todos os profissionais envolvidos com programas sociais, saúde, família e também comprometidos com a defesa dos Direitos Humanos, são convidados a pensar e repensar diariamente suas especificidades profissionais na tentativa de gerenciar esses conflitos, adaptar mudanças, propondo soluções.

O idoso e suas questões sobre a velhice revelam esse processo de luta e enfrentamento das questões sociais, que se revelam para o velho, os amplos sentidos da velhice em meio ás experiências entre o público e o privado.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BARROSO M. J. A assistência social e o idoso: um desafio, uma reflexão. Cad ABONG - Série subsídios às conferências de assistência social. 1997;19: 10-18.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990, p. 07-49.

BOURDIEU, Pierre. 1983. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero. p. 112-121.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 14 jan. de 2013.

_____. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741 de 2003, que dispões sobre o Estatuto do idoso. Brasília (DF): Senado Federal, Secretaria Especial de Editoração e Publicações: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2003.

_____. Lei nº 8.842 de 1994 - Política Nacional do Idoso. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, Brasília (DF) 1996.

_____. Lei n° 8.662, de 7 de junho de 1993. Lei de Regulamentação da Profissão. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/legislacao_lei_8662.pdf>. Acesso em 25 de abr. de 2014.

CENSO Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/ >. Acesso em 04 de set. de 2013.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999. p. 11-59, 137-144.

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: Velho, Velhote, idoso, terceira idade... In: **Velhice ou Terceira Idade?** (org). LINS DE BARROS, Myriam Moraes Rio de Janeiro: FGV, 1998, p. 79-84.

CARDOSO, Andréia Ribeiro. **Avós no século XXI: Mutações e Rearranjos na Família Contemporânea.** Curitiba: Juruá, 2011. p. 118-125.

ENVELHECIMENTO demográfico. Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/3317_nt_24_envelhedemo.PDF>. Acesso em 23 de abr. de 2014.

ENVELHECIMENTO no Rio de Janeiro. Disponível em: <http://noticias.r7.com/rio-de-janeiro/noticias/rio-tem-9-dos-10-bairros-com-mais-idosos-do-brasil-diz-censo-2010-do-ibge-20110701.html>. Acesso em 26 de fev. 2013.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade:** trabalho e formação profissional**.** São Paulo: Cortez editora, 1998.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Velhice na contemporaneidade. In: **Família e envelhecimento.** (Org)**.** PEIXOTO,Clarice Ehlers. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 9-8.

_____. **Autoridade e Afeto:** avós, filhos e netos na família Brasileira**.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1987. Cap. II e IV.

_____.Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: **Velhice ou Terceira Idade?** (Org): LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Rio de Janeiro: FGV, 1998, p. 79-84.

MERCADANTE, Elizabeth F. Velhice: a identidade estigmatizada. In: Serviço Social e Sociedade, (org). **Velhice e Envelhecimento.** São Paulo: Cortez editora, 2003, p. 55-73.

MINAYO, MCS., and COIMBRA JUNIOR, CEA. orgs. Antropologia, saúde e envelhecimento [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 11-15.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria.** Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

MONTEIRO, Pedro Monteiro. Espaços internos e externos do corpo: envelhecimento e autonomia. In: Serviço Social e Sociedade, (org). **Velhice e Envelhecimento.** São Paulo: Cortez editora, 2010, p. 143-152.

NAÇÕES Unidas no Brasil Disponível em http://www.onu.org.br/populacao-mundial-deve-atingir-96-bilhoes-em-2050-diz-novo-relatorio-da-onu/> acesso em 25 de fev. de 2013.

PEIXOTO, Clarice Ehlers. Processos diferenciais de envelhecimento. In: **Família e envelhecimento.** (Org). PEIXOTO, Clarice Ehlers. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 9-8.

_____. Aposentadoria: retorno ao trabalho e solidariedade familiar In: **Família e envelhecimento.** (Org). PEIXOTO, Clarice Ehlers. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 62-74.

_____. A Sociabilidade dos idosos Cariocas e Parisienses: A busca de estratégias para preencher o vazio da Inatividade. 1993, p. 1-18. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_27/rbcs27_09.htm> Acesso em 19 de nov. 2103.

_____. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade... In: **Velhice ou Terceira Idade**. (Org). LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Rio de Janeiro: FGV, 1998. p. 70-84.

PEIXOTO, Clarice Ehlers e LUZ. Gleice Mattos. **De uma morada à outra: processos de re-coabitação entre as gerações**. Cadernos Pagu nº 29, Julho-dezembro de 2007: 171-191.

PORTAL do envelhecimento. Disponível em: <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/longevidade/censo-aponta-crescimento-da-populacao-idosa-inspira-cuidados.html>. Acesso em 25 de fev. 2013

PREFEITURA do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?article-id=1356380 >. Acesso em 25 de abr. de 2014.

SECRETARIA Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida - SESQV Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sesqv/conheca-a-secretaria>. Acesso em 13 de nov. de 2013.

ISBN 978-65-86901-26-9

# AS SOCIABILIDADE DASVELHICES HUNANA PARA UM ENVELHECIMENTO COMUNITARIO

Miguel Arturo Chamorro Vergara[1]
Noemia Lima Silva[2]
Edna Felix[3]
Soraia Silva Santos[4]

**Resumo:** O contexto social do envelhecimento urbano contemporâneo atingido pela pandemia do Covid- 19, permite estabelecer relações entre o conhecimento e a existência humana fazendo repensar o papel das sociabilidades cotidiana em tempos de isolamento, e principalmente pós-pandemia. Neste cenário, o presente trabalho visa recuperar o debate do envelhecimento urbano, o papel da sociabilidade de vínculo das velhices para pensar o sistema social pós-pandemia, onde o protagonismo duma velhice comunitária situa a reintegração dos contatos sociais para uma política pública de autocuidado e a solidariedade exercendo sua interação social pelo próprio idoso. A pesquisa é teórico-reflexiva de referencial bibliográfico, onde foi possível encontrar a pauta das condições sociais de vinculo e pertencimento desta população que envelhece na dinâmica da vida do sistema social no cotidiano urbano do dia a dia. Discutem-se conceitualmente elementos da estrutura do ambiente social de uma velhice comunitária inserida por sociabilidades e vínculos focada em

1 Sociólogo e Antropólogo, Universidade Estadual Santa Cruz, Pesquisador Núcleo Estudos Envelhecimento- mail: mikevergara@hotmail.com.

2 Doutora em Educação, Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe. Especialista em Gerontologia, Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe (NUPATI/UFS), Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento Humano, Membro do grupo de Pesquisa GEPSSO, noemialimasilva@gmail.com;

3 Medica Sanitaria Especializada em Medicina do Trabalho/FUNDACENTRO/MTE, Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento Humano-NUPATI/PROSS/POSGRAP/ DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL da UFS.

4 Mestra em Saúde e Ambiente pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Tiradentes- Sergipe fisiosoraiasilvasantos@gmail.com

aspectos culturais partilhados. Entre os resultados verifica-se uma estratégia do ordenamento social na problemática de reatar o contato e vínculo social inserido em ações integrais da prevenção e direitos educativos relativos à saúde, , enfatizando o suporte da política pública comunitária para o auto-cuidado e a solidariedade entre os membros residentes no bairro. Com isso, se defende pós-pandemia a instauração do envelhecimento comunitário que permita estimular a interação social espontaneidade entre os residentes dando suporte ao retorno das relações do espaço social, garantindo proteção social dos que envelhecem nos espaço de mútuo convívio: escola, igrejas, família, grupos de amigos, clube.

**Palavras-chave**: Sociabilidade, Vínculo, Envelhecimento, Periferia

## I Introdução

O envelhecimento populacional é de fato, uma das problemáticas sócio política desafiadora em tempo de pôs pandemia . Conforme D'Alencar (2013), se nos apresenta como uma "realidade latente", a qual deve ser enfrentada por cada ser humano, situação social inerente á vida. Na sua experiência,a vida pessoal se organiza em base a um imaginário de perspectivas que vai além da visão mecanicista do dia a dia para gerar um processo dinâmico de construção das "velhices" ; processo este que carrega os conteúdos subjetivos, os quais o tornam um corpo valioso para sua compreensão.

Neste campo de entendimento humano, o auxílio de teorias do pensamento social oferece categorias de análise voltadas Especialmente, as formas e as dimensões de como o envelhecimento deve ser tratado, vivido/ partilhado n sua dinâmica racional das trajetórias históricas culturais dos indivíduos, preocupação sociológica colocada, antecipadamente, pela importância da interpretação dos sistemas sociais, levando em conta a influência da interação social das comunidades locais,organizações formais, os elementos tradicionais da cultura, valores, crenças e a personalidade dos indivíduos mostrando como tais aspectos exercem um papel primordial no processo de mudança do sistema social (PARSONS 1974) .

De acordo com o autor a sociedade é formada por sistemas e subsistemas, que vão proporcionar as pessoas de um modo geral uma qualidade melhor de vida através de diferentes buscas, levando em consideração a influencia da cultura na sociedade. Trata-se de um sistema social estrutural-funcional que pode ser analise dos valores de velhices partilhados e interiorizados pelos indivíduos quando padrões socioculturais intervém na suas subjetividades.

Essa dinâmica valorizada está atrelada as motivações das sociabilidades, ponto de encontro das relações sociais desses saberes culturais, pois num processo integrativo a interação social do sistema estimula as sociabilidades, aproximações humanas a estabelecer convergência subjetivas garantindo as primordialidades dos acordos e valores comuns.

O procedimento de análise do envelhecimento deve partir desde a instabilidade a momentos de estabilidade existencial criada na sociedade para identificar as situações que são aceitas e vivenciadas. Portanto,o meio social traz fatores pessoais e sociais da velhice .que é possível ler as influencias exercidas na interação entre o individuo e seu entorno ( GUBRIUM ,1972). A

ISBN 978-65-86901-26-9

velhice convive com atribuições significativas entorno a um sistema de convenções inserido numa determinada cultura). Essa vivencia pessoal, trás o exame das liberdades de escolha do envelhecer humano entorno das possibilidades e limitações a serem enfrentadas.

O que revela interessante a levar em conta da problemática é que :

> "Assim, pois, o problema com a velhice não é a velhice em si, mas a maneira como o próprio idoso e os outros se colocam perante ela: o idoso se vê e é visto em lugar onde seus projetos já foram realizados ou abandonados. E todos sabemos que, sem reconhecer o valor da existência e aspectos da condição humana, não e possível compreender a velhice, em especial, quando ela perde o poder de reivindicação e o poder de exigir o cumprimento daquilo que é de direito :respeito ,dignidade, cidadania" (ALENCAR, 2013:51).

Sem desconhecer que uns dos processos estruturantes do envelhecimento em sociedade ao assimilar o capitalismo como sistema socioeconômico segundo Karl Marx contribui, expressivamente, para restringir a liberdade, ao não considerar os indivíduos como pessoas concretas e sim, como entes abstratos para ser comprador, vendedor, empregador e empregado pois segundo este autor, o homem deve ser visto de acordo com as suas condições e situações sociais, já que produz sua existência em grupos inseridos em classes sociais como burguesia/operários.levando-se em consideração que a liberdade é uma realização autônoma da auto-consciência do homem. Isto é, lutar pela liberdade da consciência é uma ação emancipadora ante os limites propostos pela burguesia com as restrições da vida humana, seja pela jornada de trabalho e o regime assalariado.

Essas restrições do individuo na vida social a partir das motivações como afirma MAX WEBER(1971), não condicionam o ato de comunicar permitindo se emancipar ao relacionar-se com os outros, e criando uma ação social , escolhida por seus comportamentos e condutas dependendo das situações que se lhe apresentam.

O cenário do envelhecimento urbano em que o individuo passou a morar na cidade, nos processo de agregação ha multidões de pessoas, manifesta segundo SIMMNEL,1986:2

> "O tipo do cidadão que se manifesta naturalmente em una multidão de formas individuais que para si mesmo um órgão de proteção contra o desarraigo com que ameniza a fluidez e os

> contrastes do meio ambiente; reage ante eles , não, com seus sentimentos, mas, com sua razão, a qual exaltação da consciência e pelas mesmas razões que a fizeram nascer e lhe confere primazia; assim,a razão aos fenômenos novos se vêm transferidos ao órgão psíquico menos sensível e a mais almejada das profundidades da personalidade

Por isso, quando o envelhecimento se propaga num movimento de aprendizado para maturidade é para comunicar ao sistema social praticas, maneiras positivas ou negativas de envelhecer conscientemente com a chegada da velhice.

Conforme (DECERTAU, 1990) no espaço social os indivíduos se apropriam, criativamente, impondo maneiras de fazer a vida através de táticas e estratégias, improvisações a seus interesses particulares e coletivos antes que as circunstâncias se legitimam .Pois como percebe o individuo como um ator social que em cena apresenta a realidade, pode fabricar ou remodelar situações sociais de interesses GOFFMAN( 1991) .

Assim as velhices comunicam seu processo situacional, relacional, contextual encarnada na sua dinâmica de vida cotidiana, trazendo assim, singularidades para expor também as liberdades de escolhas para ser, viver sua velhice. Nesse sentido a dimensão emocional no ser humano exerce uma força interior, satisfaz nossa vida humana. Por isso, os conteúdos dos nossos sentimentos e anseios são essenciais para o reconhecimento da vivencia cotidiana, sobretudo, em situações de perigos, nos diversos desafios enfrentados na velhice. As emoções desempenham funções concretas, preparam o corpo para diferentes respostas tais como: a raiva, o medo, felicidade, amor, os sentimentos de afeição, surpresa, tristeza. São estas necessárias para nossa sobrevivências atenuadas a pressões históricas biográficas e coletivas. As sensibilidades humanas são nas dimensões do mundo social o encontro e partilha com os semelhantes, onde trocamos experiências pessoais e coletivas. Nas palavras de Schutz .

> ” Em cambio, em la vida cotidiana, cuando comparto por motivos pragmáticos comunes, encuentrolistas lãs construcciones y presupongo que puedo captar los motivos de mis semejantes y comprender adequadamente suas ações para todos os fines prráticos.”( SCHUTZ : 1974:33)

À velhice, portanto, como um objetivo primordial do envelhecimento foca significados em torno ao processo social vivenciado pelas individualidades, trazendo a partilha de sonhos, idéias e utopias entorno à vida social envelhecente. Neste sentido, KARL MANHEINN, (1956) há de explorar as tendências mentais e pratica das liberdades sociais. O autor percebe os desajustes na estrutura da consciência humana promovida pelos logros tecnológicos, adsorvendo uma problemática. de dependência e ressonância limitadas do agir e pensar humano pelos efeitos do mercado nos tempos moderno levando a constatar a representação "o estado mental é utópico quando é incongruente com estado da realidade dentro do qual ocorre pois, ele transcende a realidade e rompe com os laços da ordem existente opressoras. Este papel joga os vínculos das sociabilidades estabelecidas através da ação e comportamento social dos indivíduos, pode-se compreender o sentido de envelhecer com sua velhices (MANHEIM 1956:179p).

É um processo interativo, fundamento dos grupos em que os indivíduos se agregam, ,na visão de o sujeito apreende e se socializa o faz através de suas experiências dentro de um mesmo ambiente vivido por outros sujeitos. Pois esta situação confere ao ser humano um estoque de conhecimentos, constituído através significados a partir da inter subjetividade na sua vida diária, que faz com que ele dê sentido (SCHULTZ 1979) .

Considerando então, as peculiaridades do vinculo das sociabilidades dotadas de sentimentos podem satisfazer necessidade intrínseca da comunicação entre as pessoas como é o caso de demandas da velhice constituída por o envelhecimento duma sociedade .

Tanto assim, que nas formas de sociabilidade estão aquelas promovida pelas consciências social coletiva que tem necessidades da união previa é porque existem desejos individuais e coletivos. Este processo espontâneo da consciência coletiva provem de um pluralismo social estimulados por símbolos, idéias e valores que o psiquismo humano lhes atribui e que se revelam na sociabilidade (**GURVICTH** ,1941) .

Neste processo rico de interiorização humana que revela-se dimensão concreta na velhice, no que é capaz de vivenciar e seus envolvimentos nas relações sociais. Por isso, autores chamam a atenção para o fenômeno afetivo da sociabilidade na contemporaneidade, uma vivencia sensível produto da complexidade do mundo pós-moderno que enriquece o saber porque coloca em uma empática, o exame da convergência subjetiva coletiva movida pelos afetos, valores e emoções corresponde a esta época em que pode ser visualizada

do ponto de vista estético acentuado sua importância justamente nas emoções comuns e na eficácia delas **(MAFFESOLI** (1997) .

A sociabilidade nesse sentido chama atenção quanto nasce com essa carga de afeto que lhe é inerente. Esse fenômeno toma um fundamento que transcende outros interesses como econômicos, político etc.

> Com efeito, próprio da vivencia é por a ênfase sobre a dimensão comunitária dá vida social; vindo a mística sublinhar aquilo que une iniciados entre si, aquilo que sólido, que faz com que essas comunidade seja causa e efeito de um sentimiento de pertença que não tem grande coisa a ver com as diversas racionalizações pelas quais, na maioria das vezes se explica a existência das diversas agregações sociais ( 2001: 176 )

O autor considera necessário repensar o vinculo social de lógicas conceituais que marcaram a modernidade em que as emoções, os afetos, paixões, não constavam em quanto elementos de base dos acontecimentos no cotidiano. No entanto hoje, ante o desamparo humano, a solidão, a homogeneização dominadora da sociedade, elas ocupam um espaço preponderante. Pois para esse autor, vivenciamos nessa época uma dimensão imaterial que toma conta nas interações dos indivíduos, como o desejo dos " cuidado de si " do culto ao corpo, provocando um contagio emocional de ambiência que se impõe-se à razão reforçando os micro agrupamentos.

> " .... Com certeza, a procura do que funda, seja qual for a agregação social, leva sempre ao encontro da partilha das idéias comuns, de sentimentos coletivos ou outras imagens emblemáticas, cuja estrutura de base constitui uma ambiência matricial e assegura o enraizamento dinâmico da sociedade em questão" **MAFFESOLI** (1997p-144) .

Nessa medida de explorar a capacidade de discernimento dessa vivencia, verificamos como essa sociabilidade construída e movida pelos afetos exerce uma multiplicidade de significações, onde é preciso sensibilidade para tratar e explorar as intimidades da ação do social. O fenômeno da velhice, vem sendo estudado por diversos autores, que perceberam as sociabilidades de encontro de pessoas idosas em grupos organizados de conivências variadas, marcadamente intrageracional, ressaltando aspectos significativos da solidariedade, das relações de gêneros e do curso de vida (**BRITO, 2006; DEBERT, 1992; e CABRAL, 2001)**

ISBN 978-65-86901-26-9

Isso não limita a participação daqueles que moram sozinhos, se tornando comum sua presença ante o declínio das famílias extensa e do tamanho de moradia constituída na vida urbana, pois novas estruturas e arranjos familiares mostram lares formados por uma única pessoas a viver sozinha, sendo muitas vezes conseqüência de suas escolhas (COUTO 2013).

Pois toda boa intencionalidade e finalidade de velhice esta sempre mediada por suas praticas, relações e significados., e essa orientação empírica deve motivar para saber explorar autonomia que nos oferece a vivencia, quanto seres solidários, sensível e parte da sociedade . Saber lidar com sua imagem incerta, em vezes confusa e contraditória, nos situando dentro da problemática complexa em que cada indivíduo ao exercer um destino singular a si próprio,- traz a reflexão o sentido que conferimos à existência. Sobretudo enfatizando práticas sócio educativas capazes de serem transmitidas às gerações seguintes, para a subsistência que requer a vida (BERGER E LUCKMANN, 1999).

Nesse processo, as transformações das relações sociais contemporâneas relativizam incorporar a concepção sistêmica da vida, que faz ver o homem vinculado a consciência ecológica de herança cultural para reduzir os custos da saúde, retomar hábitos de responsabilidade pessoal do cuidado de si, e faz da velhice um organismo vivo de ser preservado e por isto, é necessário compreender os ambientes onde se constroem estes pequenos grupos, pois representam o microcosmo da sociedade,uma miniatura de leitura da Sociedade (CAPRA 2006; MILLS 1960).

Este foco de interesses pelas relações sociais íntimos dos agrupamentos da Sociedade são sistemas sociais de interação grupal e satisfaz muitas vezes as necessidades de seus membros de maneira imediata. Assim, o objetivo deste referencial conceitual, permite considera-se as sociabilidades das velhices no meio urbano, uma grande oportunidade de relacionar com o outro, diferente, intergeracional, cultural e social gerando um processo de intererelação, e com isso compreender as personalidades e mentalidades desse modo de vida e os modos organizacionais que escolhem estes sujeitos para envelhecer.

## II Metodologia

O presente estudo resulta da reflexão possivel de situar estrategicamente as sociabilidades humanas, especialmente a cosntituida nos espacos urbano eque discute taticas de agrupamentos e os interesse dos individuo para repensar a pos pandemia. O aporte da pesuisa bibliografica toma posições de autores que

focam o entendimento da dinamica do sistema social, onde é possivel perceber o papel das relacoes sociais construidas por vinculo sociais, numa perpectiva comunitaria para repensar as interações das velhice urbanas As refrencias bibliografica trazem um marco conceitual para uma analogia reflexiva do envelhecimento cotidoiano, onde a pessoa idosa participa em diversas instancias individuiais, grupais e institucionais, com por exemplo, nas escolas, como reponsavel pelos netos, igrejas e grupos religiosos, clube da teceira idade, CRAS municipais, vizinhos do bairro, familias, programas de saude e em outras interracões de interesse sujetiva de participação e está vinculado.

O levantamento traz tambem estudos etnograficos que proporcionam dados figurativos de imagens existente no sistema social de relacoes urbanas do idoso para repensar a orden social estabelecida, dentro da neceidade futura e a medio prazo, no controle do auto cuidado, mobilidade social, transito e articulação do território comunitario em que o idoso se vincula. Verifica-se um campo estrategico de relações sociais e afetivas que se constituem em foco, para motivar politica publica de autocuidado e produzir influênciias na intervenção publica, ao conjunto das ações beneficas para o envelhecimento e as velhices. Procurou-se perceber nesse estudo, o ordenamento de praticas de autocuidados fortalecidas de solidariedades, de relacionamentos integrais, no ambito cotidiano da vida social local.

A partir do levantamento dos autores com enfoques pertinentes ao tema, apontar as conexões existentes entre os conceitos: sociabilidade, envelhcimento, velhice, espaço urbano, politicas sociais e cultura. A partir da comprenção desse conceitos, foi possivel traçar um dialógo reflexivo crítico.

## III Resultados e análise

O meio urbano da velhice, esta impregnado por praticas socioculturais do idoso, que traz consigo a demanda do acesso a direitos fundamentais como renda, moradia, saúde, lazer e segurança social, responsabilidade da gestão do estado, com compromisso para este segmento social. O Estatuto do idoso/2003, se constitui numa iniciativa de garantia de direitos, fruto de forte mobilização da sociedade civil organizada, abrange dimensões: direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde e à convivência familiar e comunitária.demarcando o envelhecimento ativo. O envelhecimento populacional vem crescendo progressivamente também no Brasil, conforme os dados expostos pelo IBGE.

ISBN 978-65-86901-26-9

Para situar a participação dos grupos de pessoas idosas , interfere a criação de um ambiente de vida propício e favorável a autonomia, mobilidade e acesso a informações, serviços, segurança preventiva para velhice. Além disto. No momento, está incorporado a partir da pandemia do CORONAVÍRUS, a categoria do *autocuidad*o, por ser designado esse segmento etário, como vulneráveis.

Considera-se o autocuidado, como o conjunto de atitudes e hábitos bem-vindos ao corpo, à mente e à sociedade que inclusive é tratado como um direito ao cidadão pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), com a idéia de conscientizar e engajar as pessoas na tomada de decisões em relação à própria saúde. Alguns autores colocam que, se há uma palavra que deverá ser cada vez mais incorporada ao dicionário e à rotina dos brasileiros, a partir da **pandemia do coronavírus**, ela é o . Ou seja, um conjunto de atitudes e hábitos bem-vindos ao corpo, à mente e à sociedade.

A saúde deve ser tratada como um direito ao cidadão. A Organização Mundial da Saúde em 24 de julho de 2011, instituiu o 24 de julho como o **Dia Internacional do Autocuidado,** visando conscientizar e engajar as pessoas na tomada de decisões em relação à própria saúde, apontando os sete pilares do autocuidado definidos como: busca de informações confiáveis e pela criação de bons hábitos de higiene, praticar atividade física regularmente; manter uma alimentação balanceada; restringir comportamentos nocivos, como tabagismo e abuso de bebida alcoólica; conhecer o próprio corpo e prestar atenção em sinais estranhos; e utilizar remédios e outros produtos de forma responsável. Há de se reconhecer que a **Covid-19**, trata-se de catasrofe que deixará marcas profundas no planeta, na vida das pessoas, nas famílias.

Alem deste marco de intencionalidades, a de se coniver com a precariedade dos dipositivos da seguridade social, legislação a que está submetdo a maioria das pessoas nessa faixa etaria, devido a aposentadoria, frente a problemas serios com,o a desigualdade de renda, servicios publicos, que estão estampados nas condições de vida da maior parte da população brasileira, e que afetam diretamente as pessoas que envelhecem.

A leitura critica da bibliografia recae en repensar o oprocesso de Envelhecimento Humano dentro de saidas concretas da vulnerabilidade ao adoecimento pelas ações do tempo na vida, tempo em que o corpo e a mente tornam-se enfraquecidos e desgastados, ainda que sejam bem seguidas todas as possíveis e necessárias medidas de promoção e manutenção apenas das praticas de saúde.

ISBN 978-65-86901-26-9

O Censo 2020, o IBGE em pesquisa sinalizou que...” mais brasileiros tiveram que cuidar de seus parentes idosos, em 2019, grupo considerado atualmente o mais vulnerável à Covid-19. e que o número de familiares que se dedicavam a cuidados de indivíduos de 60 anos ou mais saltou de 3,7 milhões em 2016 para 5,1 milhões em 2019, contingente que representa 10,5% (1,5 ponto percentual a mais que 2016) dos 49,1 milhões de pessoas que realizavam cuidados de moradores no ano passado**.** Ressalta-se maiores proporções de familiares que cuidam de idosos estão no Nordeste e Norte. Ou seja, estes dados de pesquisa apresentam um percentual de pessoas que cuidam de idosos, é maior em estados do Nordeste, como Rio Grande do Norte (15,2%), primeiro no ranking nacional, Maranhão (12,3%), Ceará (11,9), Paraíba (11,7%), Piauí (11,3%), Bahia (11,3%) e da região Norte, como Tocantins (11,5%) e Amazonas (11,4%).

Outros destaques no Sudeste e Sul são o Rio de Janeiro (12,3%) e o Rio Grande do Sul (10,7%), que concentram as maiores proporções de idosos na população”.( IBGE, 2020). Alem disso, observa-se que as atividades mais requeridas pelos idosos aos seus cuidadores, foram de monitorar ou fazer companhia dentro do domicílio (83,4%), auxiliar nos cuidados pessoais (74,1%) e transportar ou acompanhar para escola, médico, exames, parque, praça, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas (61,1%).

Tambem nesse contexto, nessa regiões Brasileira norte e nordeste, as populações são mais desassistidas, notadamente quando se fala via Sistema Único de Saúde – SUS, sobre uma politica de atenção á saúde do idoso. Publico esse, verdadeiramente esquecido das ações governamentais que não estabelecem, nem desenvolvem atividades interdisciplinares em possíveis programas de atenção integral à saúde da pessoa idosa. Em especial, abrangendo ações de promoção e, até mesmo, de reabilitação física e mental, para a ressocialização do idoso e, assim, garantia ao mesmo, manter-se vivo e ativo em sua mais ampla e possível plenitude humana.

Mesmo que este idoso urbano esteja inserido numa situação de vulnerabilidade social  enfrentando danos potenciais e violações a seus direitos legais, não conta com recursos  pessoais,,sociais e legais garantidos . Convivência desta praticas cotidiana de um idoso que  precisa estar integrado seja por sua velhice , ou pela conscientização de uma política publica do envelhecimento comunitário . Isso mostra a urgência de repensar as particas sociais e  culturais de um idoso que procura lidar melhor com as dimensões biológicas e fisiológicas  da velhice respondendo com suas emotividades ao se relacionar nos

espaços sociais comunitários com autonomia seja na escola, igrejas, associações, com a vizinhança do bairro, dos grupos de amigos, da família, culturais, político etc. Sem esta dependência de transito  permite partilhando e convivendo com suas limitações numa sociedade em conflitos de  vulnerabilidade da pessoa idosa em pandemia sujeita a medos da sobrevivência na busca de remodelár o trato da sociedade no que concerne as relações sociais com a pessoa idosa. Passa por novas interpretações da situacao do idoso no sistema social (MARCHAND 2001).

Nessa dinâmica destaca-se a compreensão de elementos integradores que proporciona o vinculo social da pessoa idosa com sua participação em pequenos grupos sociais. O envelhecimento, pode ser inserido melhor às relações de contatos e significativos, em relação as ações e interesses comuns que os indivíduos escolhem fazer no dia a dia. Também os laços de parenetesco afins e condução da vida social,respeitos, afetos, boas vizinhança, fraternidade religiosa etc, que dão proteção e auxilio para levar a vida em diante. O envelhecimento no meio urbano, estimula os indivíduos residente de bairros, a escolha responsável consciente da sistemática que impõe a vida social flexível e dinâmica. Basicamente, a ação funciona através de encontros interativos socioculturalmente, motivado por atitudes restauradora de auto cuidados com a vida humana, descobrindo a importância do potencial cultural e emocional para cuidar o corpo, alimentos locais, remédios caseiros apropriados e nutritivos, conhecimentos oportunos da idade madura a ser enfrentada. Assim como, comportamentos integrado a auto estima uma pedagogia solidária promovida por sociabilidades espontânea de amizades e afetos com as velhice futura..

O presença de um grupo social constituído no bairro por relações afetivas e sociais. faz que seus membros exerçam vínculos afetivos/sociais/ e ou/ espirituais construindo um processo coletivo de trocas de saberes e conhecimento no cotidiano. Os grupos estabelecem nos ambientes urbanos dentro dos bairros, através das vizinhanças, das residências, nas instituições formais tais como a participação da igreja, escola, associação de moradores etc, s todos os membros atraídos por interesses comuns e sociabilidades de pertencimentos. As idades dentro destes grupos são relativas. Neles sempre tem algum idoso-envelhecente relacionado, apreciado e reconhecido pelo contexto social, um numero expressivo coletivamente. Entretanto este sujeito tem uma relevância significativa na condução da ação pelo conteúdo de saberes que carrega para desempenhar ação de partilha, momentos dos passeios, visitas e celebrações entre outras.

O processo em si, gera ou demanda de experiência formativa de auto -organização construída desde pessoas para que envelhece, entre as quais concentra-se uma faixa etária social ampla, entre 20 a 50 anos. Segmento pouco conscientizado, formando um universo preventivo enriquecido para o envelhecimento, que deve ser educado e valorado socioculturalmente, fazendo parte da trajetória de vida de toda pessoa.com quem interage. É uma ação social e expõe os significados de envelhecer participativo, tratado a partir de saberes locais e conhecimentos interdisciplinares . O que inclui a representação da vivencias culturais de pessoas envelhecidas de diversas condições e categorias sociais, preocupadas em aprimorar preservar os saberes da vida, especialmente atrelada a cultura em que a funcionalidade física, mental e espiritual, interagem ante as mudanças que ocorrem na Velhice. Pois o envelhecimento urbano traz consigo o processo complexo desgaste corporal, os medos da presença de doenças crônicas e com ela a dependência do consumo de remédios e imagens esteriotipadas da velhice decadente. Esses a partir dos benefícios de saberes da população acumulados exercem um aporte considerável a prevenção para serem partilhados, transmitidos e assimilados na promoção de conhecimentos práticos focando um sujeito integrado ao envelhecimento consciente. Isso respalda esta necessidade da intervenção preventiva da auto-cuidado da população voltada para uma vida fortalecida, dar uma respostas experimentada para população envelhecente mostrando na sua dinâmica de ação, o valor da formação humana integrativa do envelhecimento existente na comunidade ( COUTO 2013).

Uma mudança radical as percepções, dos valores, diante dos problemas da realidade da velhice urbana, para uma auto-afirmação e integração. E que profissionais, educadores físicos, sociais, cuidadores de idosos, e publico interessado devem se inserir, capacitar-se tanto para compreender a problemática urbana da velhice como auxiliar no processo de um envelhecimento integrativo a vida sociocultural. Aproveitando a rotina do dia-a-dia, escolhem horários, para o encontro geralmente tempo livre fora do trabalho ou fazeres domésticos .

Mentalmente, este idoso concentra-se na assimilação das informações e conhecimentos valiosos sobre temas de interesses atrelados a saúde, educação alimentar/nutricional e uso do tempo livre a elaborar atividades de gosto pessoal auxiliada por saberes partilhados dos próprios membros, como complementados com palestras, textos, trabalhos de pesquisa, e oficinas de

conhecimentos específicos. Os saberes são partilhados entre os membros como as técnicas artesanais, culinárias, decorativas, pintura, jardinagem etc.

A orientação alimentar e uma dica de usar as propriedades dos alimentos locais que contém os nutriente assinalados pelas prescrições nutricionais e sua implementação nos hábitos alimentares rotineiro através de preparos de pratos, lanches, sopas, e remédios caseiros exercem um suporte importante na vida saudável. Aproveitam-se os saberes que as pessoas tem dos alimentos espacialmente dos idosos que tem um grande sabres das propriedades alimentícias, e a diversidade no acervo de receitas práticas e urbanas (SILVA, 2016).

**Assim** a disposição solidaria de cuidado, proteção entre as pessoas da comunidade , aproveitando a liberdade religiosa como parte integral dos grupos em que Deus ou Jesus é aceito a selar o amor com o próximo, saber respeitar e aprender a conviver em paz fomentando a solidariedade e a sociabilidade, contra um mundo egoísta , consumista e individualista. Através de atividades integrativas, visitas domiciliares encontros–jornadas, passeios, celebrações, meditação reflexiva , orações, se tenta reforçar a partilha coletiva, ressaltando a pedagogia do próximo. Na pedagogia do próximo versa-se superar obstáculos e barreira impostas pelas religiões diversas que tem os membros participantes permitindo estes sentirem confortável da vivencia respeitando a liberdade religiosa., pois nesse espacos a fraternidade se torna uma marca de solidariedade a qual nao poode ser esquecida., um sinal; de espiritualidade de reconhecimento da semelhanca humana do que somos e valemos quanto ser humano o paradigma do amor (FREIRE, 1996; MILLEN, M.I.C ,2012) .

Por isso, o envelhecimento se integra, ao pragmatismo sociocultural comunitário, onde a solidariedade trabalha para ampliar os benefícios da velhice superando certas abordagens focadas apenas as perdas, os problemas e se esquecem daquilo que têm de bom, especialmente de investir nas novas amizades nas habilidades proporciona um universo social no qual se sento parte. A preocupação com esta realidade de repensar o presente e futuro da sociedade práxis educativa, ante o processo de mudanças que vem acontecendo nas concepções de envelhecer urbano e as possibilidades de vida da velhice brasileira, de tradição rural indígena, cada vez mas desafiada a lidar com conhecimentos novos, específicos dos cuidados do corpo, da mente e o espírito.

ISBN 978-65-86901-26-9

## IV Considerações

No decorrer deste texto, visualisou-se um foco social de situar o envelhecimento para uma agenda de política social da velhice comunitária com seus projetos de cursos de vidas, traçando trilhas para seus significados e interpretações . Sobretudo, quanto a ação metodológica, proveniente dum envelhecimento auto-organizativo que marca significados e percepções socioculturais, benéficas ao processo envelhecente das pessoas entorno dos quais encontram-se alternativas coletivas para superar abominações cotidianas estereotipadas do ser viver e fazer parte desta condição da vida. As ações afetivas contidas na integração preventiva de vir envelhecer, suscitam um movimento plural e/ou heterogêneo de vivencias, na aceitação ou negação do estar envelhecido ou envelhecer.

A partir disso, pode-se desmistificar imagens da pessoa idosa na ambiência social levando em conta a força figurativa da vivência intersubjetiva entre as pessoas . Além disso, o envelhecimento ao representar-se nas velhices nos oferece imagens duma figura humana que nos repassa a preocupação contemporânea do processo das mudanças físicas, mentais , psicológicas e socioculturais . Por isso, dar visibilidade a significações desse universo de subjetividades permite reproduzir questionamentos valiosos, em torno de suas representações das trajetórias de vida deste segmento.

Assim, como também, representam um movimento simultâneo de grande alternativa de mudanças das velhices, sejam provocada desde esta experiência de envelhecimento indesejado para ser promovido socialmente nos indivíduos, bem como reforçar e fortalecer vínculos afetivos, sobretudo, antes do desmoronamentos pelo desamor e admiração, para com a figura da velhice na sociedade. Entre as quais, a autonomia e dignidade passam a ser dimensões estratégicas também para enfrentar o desrespeito social e um bom envolvimento na vida do cidadão, onde a velhice prega a vida social, mas integra para o idoso urbano. Sim, envelhecer repercute e da resposta de maneira diferente, dependendo do sistema de valores e do estilo de vida adotado por cada um. O envelhecimento não pode se reduzir a meras visões ideológicas da velhice, um conceito abstrato criado na sociedade moderna do início do século XX, o qual configura um discurso dominante, como problema social a parti da 60 anos de idade, o critério de classificação para fixar a decadência humana. Contrariamente a isto, ha iniciativa de desconstrução que trabalha a idéia de

ISBN 978-65-86901-26-9

percurso e descontinuidade da vida madura que visa uma auto- organização valorizando as trajetórias individuais e coletivas dos cuidados do próximo.

Por isso, a tomada de consciência da potencialidade do vinculo para velhice, além de ser um componente de toda unidade coletiva da relações sociais, pode haver motivação para construção de um processo de auto-organização da velhice. Essa idéia de serviços públicos, sobretudo do acesso a saúde, a educação, lazer e melhores condições de vida, constroem a idéia de distanciamento social desumanizado ,onde a solidariedade e aproximação são essenciais. Oferecendo soluções que atingem direitos e demandas de segurança para idosos. Na antiga rotina da participação social dos vínculos não podem estar reunidos mas, na vivencia, gera laços de pertencimentos e união entre seus pares e vizinhos.

Esta velhice nos contornos comunitarios mostra-se contra o agrupamento social desvalorizado do sistema social que promove uma perspevtiva nova atraves das convivência e de troca de solidariedades entre os idosos e vezinhos. vivências em realidades opostas, ora ajustadas à liberdade, à\independência e à busca ao envelhecimento mas seguro, no desempenho de papéis voltados à esfera familiar e a sistemas que insitem nas vivências culturais e psicológicas do indivíduo em que velhices nao exercem princípios de liberdade e autonomia. Apesar do isolamento social fisico imposto pela pandemia, possibilitara novas experiências das vivencias historicas do meio social.

Não é uma velhice preventista apenas , mas sim, um estilo de vida que se impoe a um tempo nos espacos que se habita onde a politica publica . atinge construção cultural da vida urbana sem impor modelos estandartizados para o desenvolvimento humano.

Pois, o envelhecimento comunitario exige em tempo de pos pandemia abrir a mente para uma maior compreensão dos processos de velhices que possibilitem respeitar os imaginários coletivo da culturas que moram na vida urbana, especialmente a periferia. Repensar os consensos do olhar cronológicos da velhice sobre o tempo das finitude desta pandemia na ausência do envelhecimento comunitário s para que se estabeleca politicas de velhice repaldo de direitos, sendo o Estado o grande regulador parceiro para preservar vida integral dos idosos respeitando a ideia de velhice heterogeneia para garantir suas singularidades,.

## Referências

BACHELAR, Gaston**. O direito de sonhar.** 3 edição.Rio Janeiro. Bertrand.1991.

**_____, O ar e os sonhos.** São Paulo. Martins Fontes 1990.

BASTIDES, Roger . **Sociologia e Psicanálise**. São Paulo. E Melhoramentos USP.1974.285p.

BEAUVOIR, Simone . **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

BRITO, Alda da Motta. Visão antropológica do envelhecimento. In: Py, L.Freitas, E. V. et al. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.78-82, 2006

CABRAL, Benedita . E. S. Lima. **Solidariedade Intergeracional : uma experiência dos grupos de convivências de idosos. I**n. Revista Especiaria –UESC ano IV – n° 7 – jan/jun 2001.25-44p

CAPRA, Fritjof. **O ponto de Mutação**. São Paulo.Cultrix.2006.447p.

COUTO, Raquel. **Independência e autonomia de velhos que moram sozinhos**. Editor Memerialidades nº 19,2013 p 119-126

D´ALENCAR, .R .Envelhecimento Ativo e vida social precária: exclusão ou paradoxo de nosso tempo. In **As interfaces da velhice na Pos modernidade.** Cascavel.Edunioeste.2013.

DEBERT Guita., "Família, Classe Social e Etnicidade: Um balanço da bibliografia sobre experiência de envelhecimento" In **BIB – Boletim Informativo e Bibliográfico de Ciências Sociais.** ANPOCS, nº.33, 1992.

DURKHEIM , Emile. **As Regras do Metodo sociológico**. Iniciação cientifica , volume 15 São Paulo 2 ed. Companhia. 1960.146p

_____**Sociologia e filosofia. São Paulo, Ed. Forense(1970**

DURAND, Gilbert. **As estruturas antropológicas do Imaginário**.São Paulo. Martins Fontes. 1997,551p

GUBRIUM, J.F. Toward a socio-environmental theory of aging. In The Gerontologist, 12, ano 197)pp .281-284.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. **O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idoso**s. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo (SP), v. 44, n. 2, p. 407-12, 2010.

GOLEMAN. Daniel. **Inteligência Emocional**.Rio Janeiro. Ed. Objetiva. 2001. 370p.

GURVITCH, Georges. **Las Formas De La Sociabilidad**. Ensayos De Sociología, 1941. Traducción de Francisco Ayala. 370pp. Editorial Losada, Buenos Aires

IBGE | Censo 2020 | Com envelhecimento, cresce número de Numeros de familiares Disponivel setembro 2020 https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com.

JODELET, Denise **.As representações sociais : um domínio em expansão** .Rio Janeiro .Eduerj 2001. 17-42pp.

LÉVI-STRAUSS, Claude . **Mito e significado**. Lisboa, Edições 70, 1978.

LIMA SILVA, Noemia. Mitos **e verdades dos chás caseiro imaginário social**. IN (org) Gerontologia Social, Aracaju. ed J. Andrade. Ano 2005,p160

MARCHAND, Helena .**Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do id**oso. Coimbra: Quarteto Editora. 2001.

MAFESSOLI, Michel **A transfiguração do Político**. Rio janeiro. Ed Sulina .1997, 286p.

**_____ Elogio da razão sensível .Rio Janeiro .2 edição. Vozes 2001,207p.**

MELUCCI, Alberto. **Por uma Sociologia Reflexiva:pesquisa qualitativa e cultura**.Rio Janeiro Ed.Vozes.2005.37

MILLS. M.Theodore . La sociologia de los grupos pequeños. In La sociología Norte americana contemporánea .(CopiladorTalconsparsons)Volume 46.biblioteca de piscologia Social y Sociologia.(1960)

MILLEN, M.I.C **Espiritualidade em Saúde** in MARTINS, A.A e MARTINI, A. (organizadores). Teologia e Saúde: Compaixão e fé em meio à vulnerabilidade humana. Capítulo IX, Paulinas, São Paulo, 2012.

MANNHEIM Karl. **Ideologia e Utopia :introdução a sociologia de conhecimento** Rio Janeiro. fundo de cultura Geral vol4 editora Globo 1956.

OLIVEIRA,Kadja. **O drama da velhice e o papel do grupo de convivência na sociabilidade** humana.In DOSSIE :sociabilidade na velhice. Ilhéus .Editus . 2008. 279-302pp

OLIVEIRA, Rita de cássia, SCORTEGAGNA,Paola,OLIVEIRA Flavia. Educação e cultura: perspectiva para o empoderamento do idoso.In **A cidadania na perspectiva da Velhice**.Ilhéus, Editus. 2016 .pp257-282. https://saude.abril.com.br/especiais/autocuidado-em-tempos-de-pandemia. Autocuidado em tempos de pandemia | DISPONIVEL 05/10/2020

SCHUTZ,Alfred.. "O mundo das relações sociais". In: WAGNER, Helmut R. (Org. e Introdução). Fenomenologia e relações sociais.. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

WEBER, MAX. Ensaios de Sociologias .Rio de Janeiro Ed JC .1979.265p.

# PEQUÍ (*CARYOCAR BRASILIENSE CAMB.*): UM NUTRACÊUTICO DO CERRADO NO COMBATE AO ENVELHECIMENTO

Bruno Rogério Ferreira[1]
Letícia Cristina Alves de Sousa[2]
Lorena da Fonseca Ferreira[3]
Isabela Jubé Wastowski[4]

**Resumo:** Com o crescimento exponencial do envelhecimento no Brasil, pesquisamos no bioma cerrado um fruto que tem ação antioxidante e que possa combater o envelhecimento, o pequi (Caryocar brasiliense) é muito usado na medicina popular no Centro-Oeste, seja o fruto, extrato ou o óleo da polpa devido às suas propriedades fitoterápicas, o trabalho teve como principais objetivos avaliar os efeitos antioxidantes do pequí, no combate ao envelhecimento, e considerá- lo como um nutracêutico do cerrado. Estudos demonstraram efetiva ação antioxidante de suplementação do óleo de pequi e foi capaz de reduzir drasticamente os efeitos das espécies reativa dos oxigênios (ROS) nas células hepáticas e potencial contra o crescimento do tumor, para aumentar a imunidade dependente de linfócitos. Esta fruta possui vários tipos de antioxidantes é utilizada na produção de cremes para a pele e loções hidratantes. Por constituir uma variedade de ativos biológicos encontrados no óleo e no extrato do pequí, principalmente, os antioxidantes, que combatem os radicais livres, podemos sim, considerá- lo um nutracêutico do cerrado no combate ao envelhecimento.
**Palavras-chave:** Pequí, Nutracêutico, Antioxidante, Radicais Livres, Envelhecimento.

1 Mestrando do Curso de Ambiente & Sociedade da Universidade Estadual- GO, dermatofarma@gmail.com

2 Mestranda do Curso de Ambiente & Sociedade da Universidade Estadual - GO, leticiafarm7620@gmail.com

3 Mestranda do Curso de Ambiente & Sociedade da Universidade Estadual - GO, lf.dafonseca@gmail.com

4 Doutora pelo Curso de Imunoloia Básica e Aplicada da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) – SP, wastowski@hotmail.com

## Introdução

Estima- se que, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, a partir de 2047, a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional (IBGE, 2020). "Esses anos extras de vida permitem à população planejar o futuro de modo distinto das gerações anteriores, dependendo de um elemento central: a saúde" (TAVARES 2017, p.890). Porém uma boa saúde é pré-requisito para que as pessoas possam ter suas vidas ativas até mais velhas.

"O envelhecimento começa a se manifestar a partir dos 30 anos de idade, podendo ser classificado de duas formas básicas, dependendo de como ocorre: o envelhecimento intrínseco, ou cronológico, e o extrínseco, ou fotoenvelhecimento. Fatores como radiação ultravioleta, radicais livres, temperatura, tabaco e poluição, genética e cor da pele contribuem para este processo" (TESTON, 2019, p.2).

> "O envelhecimento é um processo dinâmico e que se desenvolve gradualmente, onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que indicam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, originando maior vulnerabilidade e maior incidência dos processos patológicos que terminam por leva-lo à morte" (ANDRADE, 2015 p.3).

Nesses processos, estão presentes os efeitos naturais da gravidade, ao longo dos anos, como as linhas de expressão, a diminuição da espessura da pele o ressecamento cutâneo, a quantidade de tecido muscular (massa muscular) e força muscular tende a diminuir e a gordura abdominal tende a aumentar.

Lima (2007, p.695) "Com o crescimento exponencial do envelhecimento no Brasil, pesquisamos no cerrado um fruto que tem ação antioxidante e que possa combater o envelhecimento, o cerrado brasileiro é o segundo maior bioma da América do Sul".

> "Ocupa aproximadamente 23% do território e possui uma rica biodiversidade, sua flora riquíssima só agora começa a ser conhecida, existindo cerca de 1000 espécies de árvores, 3000 espécies de ervas ou arbustos e quase 500 trepadeiras. Nos últimos 30 anos, a progressiva mecanização da lavoura e a facilidade de limpar e adubar a terra tem contribuindo para uma devastação acelerada de vegetação nativa e estima-se que cerca de 40% do bioma já tenha sido desmatado" (ROESLER, 2007, p. 53).

ISBN 978-65-86901-26-9

"O pequi (*Caryocar brasiliense, Camb.*), conhecido popularmente como piqui, pequiá, amêndoa de espinho, grão de cavalo ou amêndoa do Brasil, é cultivado em todo o cerrado brasileiro, que inclui os Estados do Pará, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, São Paulo, Minas Gerais e Paraná, como também nos Estados nordestinos, Piauí, Ceará e Maranhão" (LIMA, 2007, p.695). O período de oferta do pequi ocorre principalmente entre os meses de janeiro a março, podendo ser encontrados frutos fora dessas épocas, seu fruto, o pequi, é constituído por exocarpo de coloração marrom esverdeada, mesocarpo externo formado por uma polpa branca e mesocarpo interno, porção comestível do fruto, de coloração amarelo-claro a alaranjado escuro e o endocarpo parte espinhoso do pequi protege a semente comestível, que é revestida por um tegumento fino e marrom (ALVES, 2014).

"A Resolução RDC nº 2, de 2002, define nutracêuticos como substâncias bioativas, sendo nutriente ou não nutriente com ação metabólica ou fisiológica específica no organismo", devendo estar presente em fontes alimentares, seja de origem natural ou sintética, sem finalidade medicamentosa ou terapêutica, vários fatores têm contribuído para o desenvolvimento dos nutracêuticos, sendo um deles, o aumento da consciência dos consumidores, que estão desejando melhorar a qualidade de suas vidas, optam por hábitos saudáveis (LEANDRO, 2018). "Os mesmos devem apresentar propriedades ativas benéficas podendo ser, um antioxidante, que tem a capacidade de proteger as células sadias do organismo, contra a ação oxidante dos radicais livres, além de nutricionais, são consumidos em dietas convencionais, mas demonstram capacidade de atuar nas funções corporais de forma a auxiliar na proteção contra doenças como hipertensão, diabetes, câncer, osteoporose e coronariopatias" (MORAES, 2006 p.110). O trabalho teve como principais objetivos avaliar os efeitos antioxidantes do fruto pequí, no combate ao envelhecimento, e considerá- lo como um nutracêutico do cerrado.

## Pequí (*Caryocar brasiliense*)

Caryocar brasiliense Camb, conhecido no Brasil como pequizeiro, nomenclatura vem do Tupi e significa "pele espinhenta" apresenta importância comercial porque de seu fruto comestível, chamado pequi. O cerrado brasileiro é o segundo maior bioma da América do Sul, ocupa aproximadamente 23% do território e possui uma rica biodiversidade, sua flora riquíssima só agora começa a ser conhecida, existindo cerca de 1000 espécies de árvores, 3000

ISBN 978-65-86901-26-9

espécies de ervas ou arbustos e quase 500 trepadeiras. Nos últimos 30 anos, a progressiva mecanização da lavoura e a facilidade de limpar e adubar a terra tem contribuindo para uma devastação acelerada de vegetação nativa e estima-se que cerca de 40% do bioma já tenha sido desmatado. O pequi (Caryocar brasiliense, Camb.) conhecido popularmente como piqui, pequiá, amêndoa de espinho, grão de cavalo ou amêndoa do Brasil, é cultivado em todo o cerrado brasileiro, que inclui os Estados do Pará, Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, São Paulo, Minas Gerais e Paraná, como também nos Estados nordestinos, Piauí, Ceará e Maranhão (ROESLER, p. 53, 2007).

A frutificação do pequi ocorre principalmente entre os meses de janeiro a março, podendo ser encontrados frutos fora dessas épocas, esses são constituídos pelo exocarpo caracterizado pela presença de diversos nutrientes principalmente no mesocarpo (amarelo claro, polpudo, rico em óleo, vitaminas e proteínas). Compostos fenólicos e fitoesteróis foram detectados no epicarpo e mesocarpo externo dos frutos do pequi. De acordo com Ascari e colegas de trabalho, etil galato , ácido gálico, metil shikimato e lupeol foram detectados no pequi polpa, usando ressonância magnética nuclear (RMN) . Por outro lado, usando ionização por electrospray espectrometria de massa (ESI-MS), Roesler e colaboradores detectaram antioxidantes potentes na polpa de pequi, como ácido gálico, ácido quínico, quercetina e quercetina O-arabinose (BAILÃO, p. 23762, 2015).

> O pequi tem sabor característico, o que o torna um condimento valorizado na culinária regional. O sabor de algumas frutas do Cerrado deve-se à combinação de moléculas voláteis presentes nos óleos dessas frutas. Hidrocarbonetos, ácidos graxos e terpenóides foram identificados no pequi óleo essenciais; os ésteres são a classe de molécula predominante nesta fração. (BAILÃO, p. 23762, 2015).

**Fig. 1**: Pequí – fruto

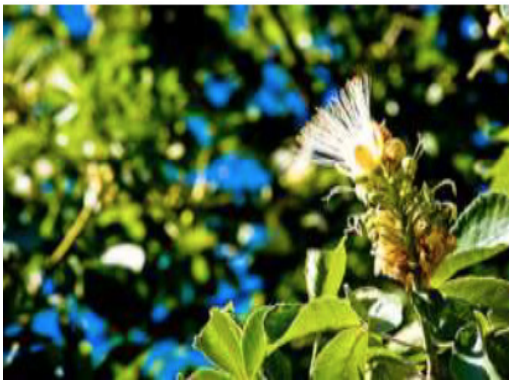
**Fonte:** http://www.cerratinga.org.br/pequi/

ISBN 978-65-86901-26-9

**Fig. 2:** Pequí – árvóre

**Fonte:** http://www.cerratinga.org.br/pequi/

**Fig. 3**: Pequí- Flor



**Fonte:** http://www.cerratinga.org.br/pequi/

## Radicais livres e Antioxidação

A teoria de que o envelhecimento é resultado de danos causados por radicais livres é creditada a Denham Harman que, em 1956, baseou-se na observação de que a irradiação em seres vivos levava à indução da formação de radicais livres, os quais diminuíam o tempo de vida desses seres e produziam mudanças semelhantes ao envelhecimento (HIRATA, p. 459, 2004). Referente a esta teoria, a diminuição do desenvolvimento de agravos celulares irreversíveis leva ao envelhecimento.

Os radicais livres referem-se a átomos ou moléculas altamente reativos e recebem esse nome devido ao fato de possuírem um par de elétrons independentes não pareados, que orbitam em torno do núcleo do átomo com muita

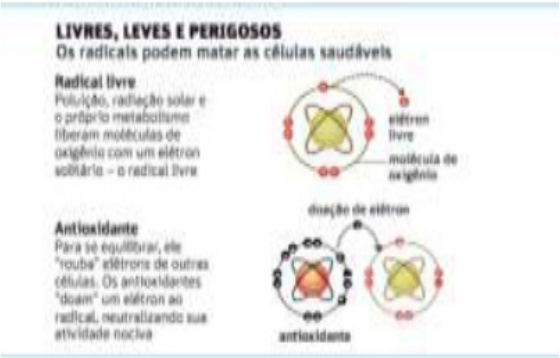
ISBN 978-65-86901-26-9

energia livre. E este não emparelhamento de elétrons da última camada eletrônica que confere alta reatividade a esses átomos ou moléculas, que para tornarem-se estáveis, precisam doar ou retirar um elétron de outra molécula ou átomo. Logo, rearranjam com moléculas adjacentes, fazendo com que tenham grande capacidade de ligação aos tecidos e agir sobre as células alterando as características moleculares de suas membranas, oxidando quimicamente ou enzimaticamente os componentes celulares, provocando alterações e disfunções que se acumulam, até o ponto em que a célula morre. Com a idade, isso tende a acontecer muito freqüentemente em um número cada vez maior de células, por efeito de acumulação que envolve também alterações e perda das funções biológicas de proteínas, como colágeno e proteoglicanas, resultando em aumento da flacidez da pele (TESTON, p.7, 2010).

Os radicais livres (Figura 4) são produzidos por modificações químicas de proteínas, lipídios, carboidratos e nucleotídeos, resultando em uma variedade de consequências biológicas, incluindo lesão tecidual, mutação, carcinogênese, comprometimento do sistema

imunológico, qualidade de vida, doenças e morte celular. A produção aumentada das espécies de oxigênio reativo ou o desequilíbrio entre a disponibilidade dos antioxidantes para neutralizar estas espécies podem conduzir ao chamado estresse oxidativo (VASCONCELOS, p. 215, 2014).

**Fig. 4:** Imagem ilustrativa sobre a formação de radicais livres e a tentativa de equilíbrio pelos antioxidantes




**Fonte:** http://rspress.com.br/health4life/

"As fontes dos radicais livres podem ser endógenas, associadas a reações metabólicas de oxidação na mitocôndria, fagocitose

ISBN 978-65-86901-26-9

> durante o processo de inflamação, ativação do metabolismo do ácido araquidônico além das enzimas que podem indiretamente produzir espécies reativas de oxigênio, como por exemplo, a enzima xantina oxidase que converte xantina a ácido úrico provenientes da ingesta de purinas e também converte oxigênio a radicais superóxido durante esse processo. Há também os fatores exógenos que podem produzir radicais livres como a radiação ultravioleta (em especial o UVA que agride com mais intensidade a pele por fotossenssibilização), pesticidas, poluição, tabaco, dieta, estresse, medicamentos antitumorais e estilo de vida não saudável" (TESTON, p.8, 2010).

De fato, a principal fonte de radical livre endógena é a partir do metabolismo oxidativo normal durante o transporte de elétrons na mitocôndria (reação de redução completa do O2), onde a molécula de oxigênio é reduzida pelo citocromo C oxidado às duas moléculas de água e o NADH é oxidado a NAD+, para que haja a produção de ATP, sendo que para a completa redução da molécula de oxigênio em duas moléculas de água, quatro elétrons são transportados dentro da membrana mitocondrial interna. No entanto, de 1 a 2% dos elétrons espaçam da mitocôndria e reagem com O2 não reduzido, formando como resultado da sucessiva transferência de elétrons isolados, espécies reativas de oxigênio (ERO) como superóxido (O2•-), peróxido de hidrogênio (H2O2) e radicais hidroxila (OH•) e são potencialmente tóxicos. Sendo que dentre as várias fontes exógenas de radicais livres, o fotoenvelhecimento é a mais importante causa do envelhecimento, especialmente pela luz ultravioleta, que produz radicais livres como o oxigênio singlete, através da interação com cromóforos intracelulares e fotossensibilizadores, que excitados reagem com o oxigênio, formando então O2, afetam especialmente o DNA causando danos genéticos transitórios e permanentes, além da ativação de atalhos de sinais citoplasmáticos de transdução relacionados ao crescimento, diferenciação, senescência replicativa e degradação do tecido conjuntivo. Estes podem também ser produzidos por neutrófilos que estão em número aumentado na pele foto danificada contribuindo para o estado pró-oxidante geral, sendo a parte mais lesada as membranas celulares que perdem irreversivelmente a fluidez e elasticidade da membrana, podendo levar à ruptura da célula através da peroxidação lipídica. O aumento das taxas de peroxidação lipídica designada pelos radicais livres danifica enzimas mitocondriais, além da membrana plasmática, aumentam igualmente, a predisposição para a produção de substâncias como os malonaldeídos, que participam diretamente do processo de ligações

cruzadas em moléculas como o colágeno, a elastina e o DNA (TESTON, 2010).

Os danos induzidos pelos radicais livres podem afetar muitas moléculas biológicas, incluindo dentre as organelas e componentes celulares. Destacam-se proteínas, ácidos nucléicos, moléculas componentes do citosol e os lipídios da membrana celular, carboidratos e as vitaminas presentes nos alimentos. Dentre os componentes do meio extracelular tecidual, que são facilmente vítimas dos radicais livres, destacam-se principalmente o colágeno e o ácido hialurônico. Evidências têm sido acumuladas indicando que uma dieta rica em antioxidantes reduz os riscos das principais doenças humanas (BIANCHI, p. 421, 1999).

O perigo do estresse oxidativo no organismo é tão grande que uma defesa antioxidante enérgica e sistemas de reparo estão envolvidos nas células para a proteção contra a destruição por RL (HIRATA, p.421, 2004). Os antioxidantes são capazes de interceptar os radicais livres gerados pelo metabolismo celular ou por fontes exógenas, impedindo o ataque sobre lipídeos, aminoácidos das proteínas, dupla ligação dos ácidos graxos poli-insaturados e as bases do DNA, evitando a formação de lesões e perda da integridade celular. Os antioxidantes obtidos da dieta, tais como as vitaminas C, E, A os flavonóides e carotenóides são extremamente importantes na intercepção dos radicais livres. Outro mecanismo de proteção é o reparo das lesões causadas pelos radicais. Esse processo está relacionado com a remoção de danos da molécula de DNA e a reconstituição das membranas celulares danificadas. Em adição aos efeitos protetores dos antioxidantes endógenos, a inclusão de antioxidantes na dieta é de grande importância (VASCONCELOS, p. 216, 2014).

## Metodologia

Foram feitas pesquisas nas bases de dados, Scielo, Bireme, Pubmed, Medline na língua portuguesa e inglesa, a partir dos descritores: Pequí, nutracêutico, radicais livres OR antioxidante AND envelhecimento. E selecionados 15 artigos de 25, publicados nos últimos 15 anos. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão observando os resultados de todos os autores, relacionando no que diz respeito à ação antioxidantes do fruto pequí (Caryocar brasiliense) no combate ao envelhecimento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Resultados e discussão

Lima (2007, p. 696) Mostra em seus resultados "a avaliação da atividade antioxidante do extrato aquoso da polpa do pequi, e evidenciaram proteção contra os danos oxidativos. O estudo mostra que, a polpa do pequi possui 7,25 mg/100g de carotenoides totais. O alfa e o beta - carotenos juntos representam 10% dos pigmentos carotenóides totais na polpa do pequi. O pequi é um fruto encontrado em regiões onde as árvores recebem alta incidência de raios solares, o que favorece a geração de radicais livres, além do que, tanto a polpa quanto a amêndoa do pequi são ricas em lipídios. Essas condições favorecem a biossíntese de compostos secundários com propriedades antioxidantes (compostos fenólicos e carotenóides totais)".

> "o potencial antioxidante e anti-inflamatório do óleo de pequi em camundongos albinos suíços idosos (doze meses de idade) de ambos os sexos e fizemos uma análise comparativa com camundongos jovens (6 meses de idade). Os resultados do hemograma completo mostraram uma forte tendência para o maior desenvolvimento de processos inflamatórios crônicos, com queda nas defesas imunológicas no grupo dos camundongos idosos, comparado ao grupo jovem. Porém, o grupo de camundongos idosos que recebeu o tratamento com o óleo de pequi apresentou aumento nas porcentagens de linfócitos circulantes e decréscimo nas porcentagens de neutrófilos e monócitos, sugerindo um efeito protetor contra a instalação de processos inflamatórios crônicos associados naturalmente à idade, além de fortalecer as defesas imunitárias" (GRISOLIA, 2016, p. 22).

Essas diferenças foram estatisticamente diferentes comparando ao grupo de camundongos idosos que não recebeu o tratamento com o óleo do pequi. Com relação aos grupos jovens, a administração do óleo de pequi não apresentou diferenças estatisticamente diferentes entre ambos os grupos. Isso demonstrou que, para organismos jovens, a suplementação adicional antioxidante e anti-inflamatória não apresentou efeitos tão relevantes como apresentou para organismos mais idosos. Isso mostra que a suplementação em organismos idosos com o óleo de pequi é uma boa estratégia para a proteção contra anemia, processos inflamatórios e estresse oxidativo relacionados ao envelhecimento, auxiliando na prevenção de doenças crônico degenerativo (GRISOLIA, 2016).

ISBN 978-65-86901-26-9

> Valle (2019, p. 261) mostra "durante a realização de exercícios extenuantes, várias substâncias são produzidas pelo processo metabólico, como as espécies reativas de oxigênio (ROS). A formação excessiva de ROS é considerada prejudicial ao organismo por serem moléculas que podem causar danos celulares irreversíveis, Neste estudo, optaram por testar a atividade antioxidante do óleo de pequi, pois esta fruta possui vários tipos de antioxidantes e é utilizada na produção de cremes para a pele e loções hidratantes, como cicatrizante no Brasil, demonstrou que o óleo de pequi foi capaz de reduzir drasticamente os efeitos das ROS nas células hepáticas".

Como modelo experimento, utilizaram quimioterápico, que causam aumento do estresse oxidativo no fígado e consequente aumento de radicais livres, além da suplementação com óleo de pequi. Seus resultados mostraram que essa suplementação teve efeito protetor e antioxidante sobre as células hepáticas, mesmo no grupo submetido aos quimioterápicos, indicando a versatilidade da suplementação com óleo de pequi, que pode atuar tanto na dieta alimentar de atletas profissionais quanto na de pacientes com câncer (VALLE, 2019).

"O óleo rico em carotenóides do pequi é eficiente na redução de lesões nos tecidos em corredores, especialmente em mulheres, e na redução de danos ao DNA em ambos os sexos, tornando este óleo um bom candidato para uso como antioxidante e um suplemento antienvelhecimento. Devido ao seu potencial antioxidante, o óleo de pequi tem potencial contra o crescimento do tumor, para aumentar a imunidade dependente de linfócitos e reduzir os efeitos adversos associados ao dano oxidativos induzido pela doxorrubicina às células normais. Além do óleo, a polpa também tem atividade antioxidante altamente eficiente, talvez por causa dos potentes antioxidantes naturais detectados na fruta" (BAILÃO 2015 p. 23762).

Gatti (2019, p, 167) mostra que "o fruto possui uma quantidade considerável de carotenos α e β, que são precursores de vitamina A, que é essencial para a visão. Outro componente importante no fruto é o ácido ascórbico que previne o escorbuto, é importante na defesa do organismo contra infecções e fundamental na integridade das paredes dos vasos sanguíneos. A dose recomendada de vitamina C, essencial para a formação das fibras colágenas existentes em praticamente todos os tecidos do corpo humano (derme, cartilagem e ossos), é de cerca de 100 mg por dia. Os pequis contem uma quantidade de vitamina C superior à laranja e ao limão".

## Considerações finais

O cerrado brasileiro abriga uma variedade de plantas, frutos e medicamentos que são essenciais para a sobrevivência da comunidade local. O pequí encontrado nesse bioma, seja o fruto, ou seus constituintes como o extrato e o óleo, contém vários nutrientes, como as vitaminas A, C e E, que tem ação antioxidante, betacaroteno, fibras e gorduras saudáveis. Os ativos encontrados nos óleos do pequi aumenta a imunidade, melhora a visão, benefícios para a pele e ajuda muito a diminuir o nível de colesterol ruim. O pequí por constituir uma variedade de ativos biológicos, principalmente os antioxidantes, que combatem os radicais livres, podemos sim, considerá- lo um nutracêutico do cerrado no combate ao envelhecimento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALVES, A. M, et al. Características físicas e nutricionais de pequis oriundos dos estados de Tocantins, Goiás e Minas Gerais. Braz. J. Food Technol, Campinas, v. 17, n. 3, p. 198-203, jul, 2014.

ANDRADE, K. Ação dos antioxidantes tópicos no combate ao envelhecimento cutâneo. Biocursos. Manaus- AM, 2014. Disponível https://portalbiocursos.com.br/ohs/data/docs/201/4. Acesso em: 08 Ago. 2020.

BAILÃO, E. F. L. C. et al. Bioactive Compounds Found in Brazilian Cerrado Fruits. **Int. J. Mol. Sci.** v. 16 , 2015.

BIANCHI, M.L.P.; ANTUNES, L.M.G. Radicais livres e os principais antioxidantes da dieta. **Rev Nutr**, v. 12, n.2, p. 123-130, 1999.

DE LIMA, A. et al. Composição química e compostos bioativos presentes na polpa e na amêndoa do pequí. **Rev. Bras. Frutic.** Jaboticabal - SP, v. 29, n. 3, p. 695-698, Dezembro 2007.

GATTI, L. et al. Caryocar Brasiliense na prevenção do Carcinogênese e estresse oxidativo. **Revista Medicina e Saúde**, Rio Claro, v. 2, n. 3, p. 161-183, jan. 2019.

GRISOLIA, C.K. Propriedades antioxidantes, anti-inflamatórias e fitoterápicas do óleo e do extrato da polpa do pequí (Caryocer brasiliense). **Revista Brasileira de Nutrição Funcional**. Ed.70 ABR. 2017. Disponível https://www.vponline.com.br/portal/tag/fitoterapia/pagina/5. Acesso em: 08 Ago. 2020.

HIRATA, L. L. et al. Radicais Livres e o Envelhecimento Cutâneo. **Acta farmacéutica bonaerense** - vol. 23 n° 3, 2004.

LEANDRO, K. C. et al. Importância de uma regulamentação especifica com as definições e classificações dos produtos comercializados como suplementos alimentares, alimentos funcionais e nutracêutico. R. Dir. sanit., São Paulo v.19 n.3, p. 54-67, nov. 2019.

LIRA, C.R.G. et al. Nutracêuticos: aspectos sobre segurança, controle de qualidade e legislação. Rev. Bras. Farm. Santa Catarina, p. 45-49, 2009.

MORAES, F. P, COLLA L. M. Alimentos funcionais e nutracêuticos: Definições legislação e benefícios à saúde. Revista Eletrônica de Farmácia. Passo Fundo- RS. Vol 3, p. 99-112, 2006.

PERISSÊ, C. MARLI, M. Caminhos para uma melhor idade. Retratos a revista do IBGE, n. 16, Fev. 2019. Disponível https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 08 Ago. 2020.

ROESLER, R. et al. Atividade antioxidante de frutas do cerrado. Ciênc. Tecnol. Aliment. Campinas, p. 53-60, jan. 2007.

TAVARES, R. E. et al. Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, Rio de Janeiro, 2017.

TESTON, A. P. et al. Envelhecimento cutâneo: teoria dos radicais livres e tratamentos visando a prevenção e o rejuvenescimento. Revista Uningá, Maringá, PR, v. 1 n. 1, 2010.

VALLE, A, F. et al. Antioxidant effect of the pequi oil (Caryocar brasiliense) on the hepatic tissue of rats trained by exhaustive swimming exercises. Braz. J. Biol. vol.79 n°.2. São Carlos Apr. 2019.

VASCONCELOS, T, B. et al. Radicais Livres e Antioxidantes: Proteção ou Perigo? .**Cient Ciênc Biol Saúde**, v. 16, 2014.

# O ALCOOLISMO DURANTE O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves[1]
Eliana Santos de Aquino[2]
Rosana Gomes de Matos[3]

**Resumo:** O artigo refere-se à temática do alcoolismo durante o processo de envelhecimento. Faz uma abordagem sobre a velhice enfatizando aspectos que levam ao consumo do álcool por parte de pessoas idosas devido a determinações distintas, entre elas, a depressão, o abandono, a situação financeira. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, documental junto a entidades que lidam com a temática, entre elas o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). A análise da literatura e de documentos mostram que o alcoolismo tem maior proporção entre pessoas jovens do sexo masculino, mas está ocorrendo um aumento de consumo do álcool entre idosos/as seguindo a mesma tendência de gênero. O consumo de álcool tem relação com indicadores sociais tais como a escolaridade, situação ocupacional, estado civil. O álcool traz várias consequências para a saúde e o convívio social dessas pessoas, em especial idosos/as, no entanto tem sido dado pouca visibilidade a tema de grande relevância acadêmica e social.

**Palavras-chave:** Alcoolismo, Processo de Envelhecimento, CAPs-ad.

1 Doutora em Serviço Social, Professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe. Membro do NUPATI/UFS. Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentos, Formação em Serviço Social e Políticas Sociais (GEPSSO), Membro do Grupo de Pesquisa do Envelhecimento Humano licavasconcelos@gmail.com;

2 Graduanda do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, elianaaquino15@hotmail.com;

3 Graduanda do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe; rosanat442@hotmail.com.

## Introdução[4]

O texto aborda sobre o alcoolismo em pessoas idosas enfatizando alguns dos condicionantes e agravantes que têm contribuído para os altos índices de ingestão de álcool entre as mesmas. O interesse por esse tema surgiu pela visível exclusão social da pessoa idosa alcoólica em nosso cotidiano, mostrando o desrespeito, desprezo, descaso da sociedade em relação a uma das expressões da questão social.

A relevância social dessa temática está direcionada a compreensão de quais os fatores que contribuem para o elevado número de idosos/as alcoolistas, visto que esse tema requer maior atenção para essa população que necessita de novos aparatos sociais e legais que garantam a eles assistência digna por meio das políticas públicas e serviços. Foram utilizados recursos das pesquisas bibliográfica, documental para o desenvolvimento das reflexões expressas no âmbito desse artigo.

O tema envelhecimento tornou-se importante a partir da década de 1970, através das áreas de conhecimento da Medicina e da Gerontologia tornando-se objeto de discussão e pesquisa. O envelhecimento é um processo natural do ciclo vital, que vai desde o nascimento até a morte, o mesmo causa redução orgânica e funcional que contribui para sensibilidade do idoso decorrente de problemas relacionados à saúde e a forma de vida.

> O processo de envelhecimento inicia-se ao longo da vida, chegando a uma determinada fase onde são visíveis as perdas motoras, físicas e mentais. Portanto, levando em consideração os aspectos fisiopsicológicos, patológicos, sociais, políticas e de cunho familiar, considera-se que o envelhecimento é um processo natural da vida humana, e que esse processo varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com a sua genética, seus hábitos de vida e seu meio ambiente. (FRANCISCO, 2017, p.15).

O envelhecimento é um processo natural, absolutamente individual e heterogêneo, pois cada pessoa envelhece diferentemente, seja ela na aparência

4 O artigo é oriundo do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "Alcoolismo e o Idoso" apresentado pelas co-autoras, sob orientação da prof.ª Dr.ª Maria da Conceição Vasconcelos Gonçalves. Foi apresentado, em 2019, um resumo de 5 páginas no evento científico XVI Fórum Nacional de Coordenadores de Projetos da Terceira Idade de Instituições de Ensino Superior; XV Encontro de Estudantes da Terceira Idade de Instituição de Ensino Superior; IV Seminário Internacional de ABRUNATI.

ISBN 978-65-86901-26-9

ou na maneira de ser, com pontos negativos ou positivos. O processo de envelhecimento atual é um fato que não pode ser mais negado, as pessoas estão vivendo por mais tempo.

Pode-se dizer que o envelhecimento populacional é um fenômeno universal, que está relacionado a vários fatores como: redução da taxa de fecundidade e mortalidade, evolução medicinal e tecnológica, além de outros aspectos, que favorecem o prolongamento da expectativa de vida dos indivíduos. A medicina moderna e os avanços tecnológicos são fatores relevantes, entre outros, que têm atribuído ao crescimento do envelhecimento populacional, trazendo o conhecimento prévio e a cura de doenças mortais do passado e, consequentemente, a redução de taxas de mortalidade em idosos/as. Para garantir o aumento e ou a perspectiva de vida da humanidade, fez-se necessário a melhoria das normas de saúde das populações, mesmo que essas não estejam presentes de maneira equitativa em todos os países, devido aos contextos socioeconômicos desiguais de cada um.

Há algumas décadas atrás, a velhice era considerada uma fase da vida em que poucos tinham o privilégio de desfrutar, mas na atualidade essa prerrogativa abrange a população em geral dos distintos países com graus diferenciados de desenvolvimento.

Vale ressaltar que o século XX constitui-se um marco, quando começa a ter visibilidade o crescimento populacional mantendo-se como um enorme desafio para a contemporaneidade, visto que essa população necessita de uma boa qualidade de vida, na qual compreenda bem-estar, conforto, comodidade, saúde, na medida em que vive essa nova fase da vida. Antes, o prolongamento dos anos de vida estava relacionado primeiramente aos países desenvolvidos, no entanto, há pouco tempo essa população tornou-se notória nos países em desenvolvimento. De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº19 (BRASIL, 2006, p.8), o mundo está envelhecendo e isso é uma realidade vivida na maioria das sociedades, estima-se para o ano de 2050, que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo.

Essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos é devido ao aumento da perspectiva de vida com melhorias nas condições de saúde com os avanços na medicina e na tecnologia, e a diminuição das taxas de fecundidade, pois as mulheres estão tendo menos filhos. Com base em Minayo (2007), as autoras Leão e Eulálio (2011, p.200), afirmam:

> O aumento na expectativa de vida deve-se principalmente à ampliação da cobertura previdenciária, à redução da pobreza, ao maior acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento de tecnologias médicas. A diminuição nos índices de analfabetismo e a promoção de políticas públicas que favorecem a qualidade de vida da população também contribuem para a longevidade.

Essa perspectiva provoca um alerta para os novos desafios que há por vir, visto que a população idosa necessita de mais equipamentos relacionados à saúde, pois nesse período da vida são acometidos por vários problemas de saúde que acabam contribuindo para tratamentos hospitalares de curtos ou longos prazos, a depender da gravidade do problema, podendo está relacionado a doenças crônicas e outras que colaboram para a fragilização do/a idoso/a.

Em 1982, a Assembleia Mundial, realizada em Viena, por meio da convocatória das Nações Unidas, teve como um dos resultados o Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento, tornando-se o alicerce para as políticas públicas em âmbito internacional. Este aspecto favoreceu para o surgimento de leis e políticas em vários países, dando ênfase ao envelhecimento da população como assunto preponderante no século, além de conter princípios e diretrizes relativas a diversas áreas tais como, saúde e nutrição; proteção ao consumidor idoso; moradia e meio ambiente; bem-estar social; previdência social; trabalho e educação e família.

No caso do Brasil menciona-se o avanço advindo com a promulgação da Constituição de 1988, que traz no seu bojo artigos fundamentais, entre outros, o artigo 203, incisos I e IV, o primeiro aborda a proteção à velhice e o outro, garante o benefício mensal para idoso/a e pessoa deficiente; o artigo 229, que enuncia o dever dos filhos maiores de amparar os pais na velhice, carência e enfermidade. São dispositivos que protegem pessoas idosas e suscitam outros desdobramentos, a exemplo, da Lei n. º 8.842, de 04/01/1994, que dispõe sobre Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso, a Lei nº 10.741, de 1º/10/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

A partir de 1991, por meio da Assembleia Geral da ONU, foram aprovados os Princípios das Nações Unidas em benefício da população idosa, mediante decreto n° 46/91, que contribuiu para concretização das políticas para os/as idosos/as. Esses princípios servem para combater as dificuldades enfrentadas no período de envelhecimento, através de uma recente nomenclatura que visa um/a idoso/a ativo/a.

A Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas ocorrida, em 2002, em Madri, teve como foco apresentar uma política internacional que fosse voltada para esta fase da vida chamada envelhecimento. A intenção foi a de buscar recursos para implementar um plano e uma política de ação para que a mesma pudesse ser inserida no século XXI. Esse plano pretendia "[...] mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento". (VERAS, OLIVEIRA; 2018, p. 1930/1931)

Sendo assim, pode-se dizer que a velhice ocorre de maneira distinta entre os indivíduos, e os fatores biológicos, ambientais, culturais, e outros, acabam contribuindo de maneira positiva ou negativa para o envelhecimento saudável e ativo.

O envelhecimento saudável e ativo de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005; p.13)[5] é: "O processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas". Ressalta-se, que o termo "saúde" está relacionado ao bem-estar físico, mental e social.

O envelhecimento ativo é algo que supera a relação de aptidão física e laboral, pois, esse processo compreende atuação contínua dos idosos/as em todos os setores ligados a economia, religião, cultura e outros, que fazem parte do cotidiano.

Ainda vale ressaltar que os indivíduos que têm uma vida ativa podem reduzir alguns fatores que são adquiridos por meio do processo de envelhecimento.

Mas, é preciso ficar atento à identificação precoce e o cuidado com algumas doenças que surgem durante o processo de envelhecimento. Dados do Ministério da Saúde revelam que 39,5% de idosos/as foram diagnosticados com doenças crônicas, em 2018, e aproximadamente 30% dessa população têm duas ou mais doenças.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que mais agridem a saúde dos idosos são: doenças respiratórias, cardiovasculares, diabetes mellitus e canceres, ambas são caracterizadas por diversas causas, e evoluem com

5 World Health Organization. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. World Health Organization. Tradução Suzana Gotijo .- Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005. Disponível: http//bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/envelhecimento_ativo.pdf. acesso 20/10/2020.

o passar dos anos e requer tratamentos contínuos, além do mais podem estar ligadas a razões sociais ou pessoais. (BRASIL, 2006).

Em consonância com as DCNT existem quatro fatores que contribuem para evolução ou surgimento dessas doenças como tabagismo, álcool, sedentarismo, e alimentos não saudáveis. O álcool é um dos fatores que tem provocado as DCNT, principalmente quando associado a um dos outros fatores mencionados. Diante do exposto, a população idosa precisa de atenção para além das necessidades médicas imediatas, visto que, a idade contribui para o aparecimento de várias doenças. (BRASIL, 2006).

Alvarenga e Brito (2018) divulgaram no site do G1, que em 2010, o percentual de idosos/as correspondia a 7,3, no entanto, através de pesquisas feitas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção é de que até 2060, o percentual de pessoas com mais de 65 anos passará dos 9,2%, em 2018, para 25,5%. Os dados sinalizam que um em cada brasileiro será idoso, com esse índice de crescimento. Dessa forma, a fatia de pessoas com mais de 60 anos alcançará 15% da população já em 2034, ultrapassando a barreira de 20% em 2046.

O envelhecimento humano, como um processo natural que vai acontecendo ao longo do tempo, vai apresentando desafios diante da dinâmica da sociedade, entre eles na conquista de marcos legais, de políticas públicas relacionados à população idosa para que, conhecendo seus direitos, possa acessá-los.

## Metodologia

Como embasamento metodológico, para direcionar o Trabalho de Conclusão de Curso que está subsidiando esse artigo, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. Em relação a pesquisa bibliográfica foi realizado levantamento de dados em livros, revistas, artigos científicos, citações e sites da internet sobre esse tema, visto que é por meio das fontes bibliográficas que se torna possível apreender sobre os acontecimentos do passado, do presente e as perspectivas futuras. Vale ressaltar que através do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA) foi feita a busca de artigos publicados no site sobre a história do alcoolismo e a política nacional do álcool.

De acordo com Severino (2007, p. 122) pesquisa bibliográfica é:

> Aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados.

E, em consonância com o autor citado acima, Gil (2010, p.29) diz que pesquisa bibliográfica é "um estudo exploratório, que determina a base teórica ao pesquisador, com a identificação da área do conhecimento referente ao tema proposto e distingue-se pela utilização de material já publicado, como por exemplo: livros, revistas, teses".

Em relação à pesquisa documental foram utilizadas fontes primárias e secundárias de algumas instituições, entre elas, publicações do CISA, do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPs-ad). Através do site do Ministério da Saúde recorreu-se principalmente a duas publicações, o Caderno de Atenção Básica nº19, que traz conteúdo sobre o processo de envelhecimento e o Caderno de Atenção Básica Saúde Mental nº 34, que aborda sobre o processo da Reforma Psiquiátrica.

A pesquisa documental de acordo com Leite (2008, p.53) é usada para: "Colher dados e informações importantes na descrição de fatos ocorridos, de usos e costumes de povos, grupos e indivíduos, ou na apresentação do que foi descrito em documentos literários, científicos e culturais em geral".

A pesquisa realizada foi de natureza quali-quantitativa descritiva uma vez que teve por objetivo fazer uma abordagem das questões relacionadas aos fatores que desencadeiam o alcoolismo em idosos/as e apresentar dados referentes a essa população.

## Resultados e discussão

A partir da metade do século XIX, o alcoolismo começou a ser tratado como doença com a intenção de proporcionar tratamentos para todas as pessoas que apresentavam um quadro de complicações por usarem de forma abusiva o álcool, e que nunca recebiam nenhum tipo de ajuda, por serem excluídos da sociedade.

No Brasil, em meados do século XX, o alcoolismo era visto como um estado de loucura. Há textos inclusive diferenciando a loucura constitucional da loucura alcoólica, sendo esta última provocada por uma intoxicação alcoólica. (SANTOS e VERANI, 2010, p.402)

ISBN 978-65-86901-26-9

O álcool é uma substância psicoativa que altera o estado mental de uma pessoa, seu uso diário causa dependência e consequências sérias à saúde, além de provocar perdas sociais e econômicas para o usuário e para a sociedade em geral, essas consequências são determinadas pela quantidade e qualidade de álcool ingerido. (SOUZA, 2018).

Vale salientar que apesar de o alcoolismo ser considerado como uma doença o alcoolista ainda sofre com as difamações, acusações da sociedade que vê o alcoolismo como falta de caráter dificultando ainda mais o seu convívio social. O uso excessivo do álcool tem sido na maioria das vezes decorrentes de problemas pessoais, familiares e sociais que veem o álcool como uma saída para aliviar esses problemas. Vale ressaltar que a população idosa é mais vulnerável às consequências do uso nocivo do álcool. O álcool na velhice é uma das expressões da questão social e de saúde, pouco abordada.

Em matéria publicada no Jornal USP[6], em 23/02/2018, o médico dr. Edson Hirata Diretor da Divisão Médica do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina da USP, afirma que há dois tipos de alcoolismo em idosos/as. Estão no primeiro tipo, os que já bebiam desde jovens e os que estão na meia-idade, que começa aos 45 e vai até 59, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), e fazem parte do segundo tipo, os que começaram beber tardiamente após 60 anos.

A causa desse crescimento pode estar relacionada a fatores físicos, psicológicos como a depressão e a ansiedade, aos fatores sócios demográficos como: abandono, a violência, a viuvez, dificuldades econômicas, etc. Os danos decorrentes do alcoolismo estão relacionados às doenças hepáticas, psiquiátricas, cardiovasculares, pulmonares, imunológicas em meio a tantas outras, que fragilizam ainda mais a saúde do/a idoso/a, e podem levá-los a óbito.

Segundo a psiquiatria do hospital Sírio-Libanês, a depressão e a ansiedade são transtornos que podem levar alguns indivíduos ao alcoolismo, principalmente aqueles que já fazem uso de álcool. Geralmente, essa condição está associada à aposentadoria, à solidão, ao isolamento social e a algumas doenças crônicas.[7]

6 https://jornal.usp.br/tag/edson-hirata/ Acesso em 19 de outubro de 2020.

7 HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. **A mistura desastrosa do álcool na terceira idade**. Publicado em set.. 2017. Disponível: https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/noticias/Paginas/A-mistura-desastrosa-do-%C3%A1lcool-com-a-3%C2%AA-idade.aspx.acesso em 05/04/2019.

De acordo com o documento "Álcool e a Saúde dos brasileiros: Panorama 2019" os fatores que definem esse diagnóstico de dependência estão relacionados ao comportamento dos indivíduos como as questões cognitivas e fisiológicas. Tais sintomas são:

> Forte desejo de beber;
>
> Dificuldade de controlar o consumo (não conseguir parar de beber depois de ter começado);
>
> Uso continuado, apesar de consequências negativas;
>
> Maior prioridade dada ao uso da substância, em detrimento de outras atividades e obrigações;
>
> Aumento da tolerância, sendo necessárias doses cada vez maiores de álcool para que se alcancem os mesmos efeitos ou sensações ou efeito cada vez menor com uma mesma dose da substância;
>
> Quadro de abstinência física, com sintomas como sudorese, tremores e ansiedade, na falta da ingestão do álcool. (ANDRADE, 2019, p.27).

Em relação ao gênero, artigos do CISA demonstram que os homens ingerem maior quantidade de álcool que as mulheres, e isso contribui para o envolvimento em alguns problemas, como brigas, acidentes, dentre outros. Convém advertir que os dados demonstrados nos artigos compreendem a relação de gênero de um modo geral, através de jovens e adultos, que não fazem parte da população idosa.

Os estudos, em geral, dão ênfase a fatores biológicos e psicológicos a fim de compreender o que acontece com os gêneros e o consumo de álcool. Dentre esses estudos há considerações mostrando que as mulheres são mais frágeis que os homens, e associam a fatores biológicos como nível de água no corpo, uma vez que as mulheres a contém em menor abundância. Já, em termos psicológicos, pesquisadores buscam identificar quais razões estimularam o consumo de álcool.

Deve-se ficar atentos para os agravos que o álcool pode trazer para saúde feminina, que compreendem transtornos, dependência, fatores ligados à nutrição, libido, humor, e ainda tem outras particularidades como: câncer de mama, danos ao fígado, doença cardíaca, e problemas relacionados à gestação.

No Brasil, a política de saúde inclui na sua estrutura o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) equipamento voltado para o tratamento e acolhimento de pessoas com transtornos mentais.

ISBN 978-65-86901-26-9

> Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu "território", o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p.9)

O primeiro CAPS surgiu, em 1987, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira, implantado através de muitas lutas do movimento reforma psiquiátrica que foi um marco para a integridade e respeito as pessoas que sofrem transtornos mentais. Esse movimento teve a participação de trabalhadores de saúde mental, incluindo também: usuários, famílias, políticos, donos de hospitais psiquiátricos entre outros, que trouxe várias mudanças nas políticas, na legislação e na organização da saúde mental.

Os CAPS se diferenciam pelo porte, o número de atendimentos, usuários atendidos sua organização e de acordo com o perfil populacional de cada município. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Existem CAPS para adultos com transtornos mentais severos e persistentes (CAPS I, CAPS II e CAPS III, este último, 24 horas), CAPS específicos para crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPSi), e CAPS para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS-ad). (BRASIL, 2010, p.329).

No Brasil, o CAPS-ad representa um dispositivo de saúde pública que traz alternativas de atendimento para as pessoas com problemas devido ao uso do álcool e de outras drogas. Esse dispositivo foi criado por meio da portaria nº 336/GM e 816/GM do Ministério da Saúde em 2002.

> CAPS ad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004, p.22)

Os CAPS-ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar. (BRASIL, 2004, p.24)

Esse dispositivo possui estratégias para atuar na prevenção do uso nocivo ou dependência de drogas lícitas e ilícitas sendo definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de várias estratégias voltadas para a redução dos fatores de riscos específicos e fortalecimento dos fatores de proteção.

Uma das principais formas oferecidos pelos CAPs são as atividades terapêuticas trazendo para o usuário vários tipos de oficinas a exemplo das oficinas expressivas, as geradoras de renda, as de alfabetização, que são realizadas em grupos com ajuda de profissionais da área, estagiários e monitores.

Entre outras atividades que podem ser realizadas nos CAPs existem as reuniões com as famílias para criar laços, tratamento com remédios, passeios a parque e cinema entre outros.

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para os usuários de álcool e outras drogas, o CAPS-ad tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade.

Para deixar claro suas estratégias de atuação, é fundamental que o CAPS-ad considere que a atenção psicossocial aos usuários que apresentam uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas deve suceder em um ambiente comunitário, de maneira integrada à cultura local e coerente com as outras redes de cuidados em saúde mental.

Os CAPS-ad devem oferecer atendimento diário, sendo capazes de oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

Assim, com a utilização desses recursos terapêuticos disponíveis, o CAPS-ad deve promover possivelmente a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários. Ressalta-se ainda que o usuário que precise de atendimento e não possua um CAPs-ad, em sua cidade, pode ser atendido ou encaminhado, por um profissional de outra instituição, para outro CAPs,

ISBN 978-65-86901-26-9

como o CAPs I ou III que prestam atendimentos também para a população que sofre de transtorno mental, com consultas medico-psicológica, grupos de orientação e outras formas de abordagem.

A leitura da bibliografia e dos documentos enfatizam que a maioria das pessoas idosas começaram a fazer o uso do álcool na adolescência em festas com amigos, dito como beber socialmente. Há também a indicação de que algumas pessoas idosas começaram a beber através de influência de um dos genitores, ser alcoolista. Ainda há relatos de que idosos/as que hoje consomem o álcool aproximaram-se da bebida ainda na infância em decorrência do trabalho com bebidas alcoólicas de um dos genitores.

O CAPs-ad desenvolve trabalho fundamental nessa área utilizando-se de estratégias distintas. Vale ressaltar que cada um desses usuários é acompanhado por um técnico de referência (TR), que é o responsável pelo seu monitoramento do/a usuário/a e pelo contato com a família.

Entre as atividades desenvolvidas, em um dos CAPs-ad, localizado no munícipio de residência das autoras e co-autoras, constata-se o trabalho por meio de oficinas. Entre elas, exemplifica-se com algumas delas, a oficina direcionada para atividades físicas em que o/a usuário/a, independente da idade, participa ativamente na praia fazendo alongamentos, aulas de ginástica e caminhadas. Já, nas oficinas de Roda de Conversa o/a usuário/a participa de dinâmicas em grupos e conversas sobre diversos temas abordados, além de ser um espaço da troca de experiências entre si. O Cine CAPs, é outra estratégia utilizada, é oferecida uma sessão de filme ao mês aonde, ao final do filme, há um debate entre as pessoas presentes e os profissionais. Há também o grupo de terapia ocupacional que desenvolve atividades com pinturas e jardinagem e as oficinas de musicalidade formando grupos musicais aonde eles cantam, tocam instrumentos, vestem roupas bem coloridas e dançam.

Em geral, essas atividades são realizadas no CAPs-ad, de segunda a sexta, nos períodos da manhã e tarde, podendo ter a presença da família, e são agendadas de acordo com a equipe que acompanha os/as usuários/as assistidos/as, entre eles/as pessoas idosas.

A presença da família é de fundamental importância, segundo Bastos (2017)[8] "a melhora de um tratamento depende de diversos fatores e um deles é a convivência familiar. Quando tem o apoio da família, o tratamento flui bem

8 Dados extraídos de entrevista da psiquiatra Clarissa Bastos publicada no site da F5 News. Aracaju dispõe de seis unidades de atendimento psicossocial à população. 2017. Disponível em: http://www.

mais rápido". Os pacientes do CAPs recebem atenção para além do ambiente interno, pois quando os mesmos deixam de fazer o tratamento, é feito a busca desses pacientes por meio da visita domiciliar, realizada por profissionais capacitados, cujo objetivo é o retorno do paciente ao tratamento interrompido. Apesar de não encontrar dados estatísticos, em relação as pessoas idosas alcoolistas, na bibliografia e documentos analisados há uma sinalização que entre os/as usuários/as que frequentam os CAPs-ad há casados, amasiados, divorciados, viúvos/as e solteiros/as.

É notável a distinção entre os gêneros na ingestão de bebidas alcoólicas, e esses indicadores estão interligados aos indivíduos por meio da sua cultura, religião, núcleo familiar, poder aquisitivo, e os espaços em que os mesmos estão inseridos na sociedade. É predominante o número de homens alcoolistas, inclusive, idosos entre os usuários atendidos nos CAPs-ad.

A relação de uso de bebidas alcoólicas por mulheres difere dos homens, pois elas começam a beber, entre outros determinantes, após viuvez, opressão no ambiente familiar e trabalhista, ter sido vítima de violência sexual quando criança.

Algumas dessas particularidades acabam influenciando de modo negativo na busca pelo tratamento por parte do grupo feminino. Dessa maneira, ser casada e mãe, acabam atribuindo responsabilidade e medo em assumir a dependência alcoólica perante uma sociedade culturalmente machista. Além do mais, constata-se entre as dificuldades à adesão ao tratamento, o receio de ser afastada dos seus filhos.

Ainda vale ressaltar que a população idosa é acometida por diversas consequências advindas do processo de envelhecimento como enfermidades, dificuldades para dormir e temores, que acabam contribuindo negativamente para o hábito de consumir bebidas alcoólicas, pois essa é uma maneira encontrada pelos/as usuários/as como forma de enfrentamento das dificuldades existentes nessa fase da vida, além dos fatores psicológicos como transtornos e depressão.

O alcoolismo é um problema que atinge e está presente em todas as esferas sociais, e requer um olhar mais atento para população idosa, visto que eles já têm a saúde fragilizada.

---

f5news.com.br/cotidiano/aracaju-dispoe-de-seisunidades-de-atendimento-psicossocial-a-populacao_40469/. Acesso em: 11/09/2019.

Entretanto essa problemática é mais uma face das expressões da questão social, que está fazendo parte de uma população que tem sido pouco analisada, e merece atenção dos vários profissionais inseridos nas equipes dos CAPs-ad, ou em qualquer outro órgão da saúde.

É no CAPs-ad que o/a idoso/a vai encontrar tratamento especializado e de caráter humanizado, que lhe possibilitará tratar dessa doença que traz vários transtornos que atrapalham no convívio social e familiar.

Outra parte bastante significativa para esse processo de recuperação é o apoio familiar, e a desconstrução dos estigmas e preconceitos referentes aos idosos/as que segundo Becca Levy (2017) devem ser enfrentados através de quatro eixos que estão compreendidos por meio da saúde, relação entre os indivíduos, leis e o ambiente social.

Em relação à saúde pode-se dizer que para desmistificar o estereotipo negativo referente ao idoso/a, precisa ser desconstruída a ideia que o envelhecimento é sinônimo de pouca saúde, logo os indivíduos que se mantêm fisicamente e socialmente ativos são vistos de modo positivo.

Na relação entre os indivíduos, o preconceito ocorre à medida que as pessoas com idades inferiores aos idosos deixam de conviver com eles, e acabam contribuindo para um afastamento social, cultural e institucional.

No caso do clima social o estereótipo do/a idoso/a na sociedade está ligado à fragilidade física e cognitiva, que culturalmente as pessoas relacionam ao fim da vida

Um dado que chamou atenção, durante a pesquisa, foi quanto a relação entre trabalho e o uso do álcool. Observa-se, que, em alguns casos, o/a usuário/a, devido a dependência abusiva do álcool perde seu emprego, outras situações revelam que o início do abuso do álcool está relacionado ao começo do trabalho que garante uma renda, há ainda, o caso de outros que iniciaram o seu uso ao ficarem desempregados. E, há os casos extremos daqueles que nunca conseguiram uma profissão devido a dependência, perdem a confiança da sociedade, que vê o alcoolista como uma pessoa irresponsável, perdendo assim oportunidades de trabalhar.

Nesse contexto, é importante salientar que o abuso de álcool é um dos problemas mais sérios de saúde pública no mundo inteiro. Sobre esse assunto o CISA afirma que apesar de vários estudos científicos destacarem o alcoolismo como causa de desemprego, o contrário também tem sido evidenciado

ISBN 978-65-86901-26-9

de modo consistente, ou seja, o desemprego levando ao aumento do consumo de álcool[9].

Salienta-se que o alcoolismo é uma doença crônica e que deve ser tratada, independente de gênero, idade e classe social, portanto a pessoa que tem problemas com o abuso de álcool deve ter a proteção do Estado. Nessa perspectiva é de grande importância que o/a trabalhador/a alcoolista seja encaminhado para os serviços oferecidos pela rede pública de saúde do seu Estado para fazer os devidos tratamentos oferecidos pelas instituições que dão suporte para os usuários de álcool e outras drogas, os CAPs-ad.

Um aspecto constatado em relatos sobre as ações nos CAPs-ad é que os usuários/as, e em especial, os/as idosos/as ao chegarem à instituição apresentam sintomas comuns tais como, alucinações auditivas e visuais, insônias, tremores, dificuldades de memorização, tosse acentuada, depressão, agressão entre outros.

Em relação à medicação, a maioria faz uso diário de medicamentos prescritos por profissionais especializados, outros não fazem uso. No caso de pessoas idosas, é frequente o uso de mais de um medicamento devido as DCNT, tais como, diabetes, pressão alta e outras.

Logo, entende-se que o uso constante de bebidas alcoólicas pode prejudicar o organismo levando a sérios riscos à saúde principalmente para a pessoa que é idosa, que já tem problemas de saúde, devido ao avanço da idade e por tomar, em geral, medicações diariamente.

De acordo com os dados de admissão percebe-se que o tratamento do alcoolismo é contínuo, e exige desses indivíduos efetividade nos programas voltados para tratar dessa doença incurável que tem aumentado entre os/as idosos/as.

Nota-se que a família dos/as tem papel fundamental na prevenção e tratamento do alcoolismo, visto que a maioria chega para iniciar o tratamento acompanhado de algum membro familiar ou indicação de amigos.

Mas, vale lembrar que o alcoolismo é um dos fatores que contribui para os divórcios e as mais diversas agressões (físicas e verbais) sofridas pelos cônjuges e demais familiares, que convivem com esses indivíduos.

E, em meio a essa situação conflituosa, não apenas os/as usuários/as de álcool necessitam de atenção, mas os seus familiares também para que tenham

9 Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA): **Álcool e Trabalho**. Disponível: http://www.cisa.org.br/artigo/467/alcool-trabalho.php. Acesso em 17/08/2019

ciência sobre a doença e entendam como contribuir para melhoria desses indivíduos durante esse processo.

Ressalta-se ainda que um aspecto que impede na continuação do tratamento é a localização da instituição CAPs-ad. Em algumas cidades, observa-se a dificuldade vivida pelos/as usuários/as para se deslocarem de bairros distantes. Além disso, a maioria desses usuários é de desempregados, e não possuem nenhuma fonte de renda. Outro indicador associado ao usuário do CAPs-ad diz respeito a escolaridade, apesar da dificuldade de encontrar dados estatísticos sobre esse público específico, sabe-se que, o número de pessoas com ensino fundamental incompleto é predominate.

## Considerações finais

O acesso a literatura e aos documentos proporcionaram maior compreensão sobre a temática do alcoolismo em pessoas idosas. O CISA constitui umas das maiores fontes de informações sobre o alcoolismo o que nos possibilitou entender as consequências e prejuízos que o alcoolismo traz na vida do idoso, e para complementar outros sites foram visitados para contribuir com informações referentes à temática. Outro procedimento metodológico utilizado para enriquecer o trabalho foi a pesquisa documental realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPs-ad), foram acessados informativos sobre idosos/as alcoolistas que fazem uso desse equipamento para tratar dessa doença.

Entre os fatores que contribuíam para o aumento do consumo de bebidas alcoólicas na pessoa idosa constatou-se a depressão, isolamento e outros.

Em consonância com o que foi argumentado entende-se que o álcool é uma droga consumida por todas sociedades do mundo, inclusive de todas as idades, que em excesso pode causar grandes prejuízos socioeconômicos, familiar e principalmente a saúde, que pode levar o alcoolista à morte.

Levando-se em conta esses aspectos percebe-se que o alcoolismo é uma doença que não tem cura, mas com os devidos tratamentos e acompanhamentos pode ser controlada. Os CAPs-ad são instituições próprias para esse tipo de tratamento, através do desenvolvimento de atividades lúdicas e formativas, a exemplo de oficinas voltadas para temáticas diversas envolvendo desde o debate de temas relevantes, exercícios físicos, trabalhos manuais, e musicalidade.

Em vista das pesquisas em sites e revistas observa-se que o alcoolismo na população idosa aumentou, tornando um sério problema para a saúde pública.

ISBN 978-65-86901-26-9

Assim, havendo um número elevado de internações, quedas e óbitos por conta do uso abusivo do álcool. Ressalta-se ainda, que o uso abusivo do álcool é mais frequente em homens do que em mulheres, embora tenha tido um aumento em relação a elas.

Dado o exposto nota-se que o alcoolismo na vida do/a idoso/a traz mais implicações à saúde do que para os jovens, devido ao envelhecimento, o corpo fica menos tolerante ao álcool, levando-o a embriaguez mais rápida e prejudicando sua saúde, porque com o avançar da idade o/a idoso/a tem a saúde fragilizada decorrente de diabetes, problemas de pressão, cardiovasculares, entre outros. A mistura de álcool com medicamentos piora a situação, é preciso que a família fique atenta a esse problema, e que não veja o uso de álcool como uma diversão ou rotina, como algo normal.

É de fundamental importância que as autoridades tenham mais atenção com os/as idosos/as alcoolistas, pois no decorrer da pesquisa houve muitas dificuldades de achar conteúdo e dados referentes a essa população, pois a maioria das pesquisas só publica em relação aos jovens adolescentes. Apesar da existência de uma política pública voltada para pessoas idosas, elas continuam sofrendo com transtornos relacionados a dependência do álcool.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ALVARENGA, Dalan; BRITO, Carlos,.**1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos em 20160, aponta IBGE**. ALVARENGA, Dalan; BRITO, Carlos. **G1**-[São Paulo] e [Rio de Janeiro],2018. Atualizado há um ano. Disponível em: https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/07/25/1-em-cada-4-brasileiros-tera-mais-de-65-anos-em-2060-aponta-ibge.ghtml. Acesso em 20 fev.2019.

ANDRADE, Athur Guerra de, (org.) **Álcool e a saúde dos brasileiros**: Panorama 2019/.Organizador: Arthur Guerra de Andrade. - São Paulo: **Centro de informações sobre Saúde e Álcool**. Brasil, 2019. 104p. : gráfs, Il., tabs. Disponível em: http://www.cisa.org.br/panorama2019. Acesso em: 15 jun. 2019.

AQUINO, Eliana Santos de; GOMES, Rosana de Matos. **Alcoolismo e o Idoso.** Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe. 2018.

ARACAJU. Prefeitura ARACAJU. Prefeitura de Aracaju. **Aracaju dispõe de seis unidades de atendimento psicossocial a população**. Disponível em: https://www.aracaju.se.gov.br/index.php?act=leitura&codigo=72992. Acesso em: 25/07/2019

BRASIL. Governo Federal. **Alcoolismo:** instituições de prevenção, tratamento e redução de danos. 2012 [S.l.:s.p.].**gov.br**.Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2012/04/alcoolismo. Acesso em 14/06/2019.

BRASIL ONU BRASIL. **A ONU e as pessoas idosas**. [S.l:.s.n.:s.p.]. [20..?]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/. Acesso em: 06 jul. 2019.

BRASIL. Política Nacional do Idoso**, Lei Nº 8842,** de 4 de janeiro de 1994. Brasília: MPAS, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a saúde Básica, Departamento de Atenção Básica, Departamento

de Ações e Programáticas e Estratégicas. Brasília-DF, 2013,1ªed. 176p.:Il. (**Caderno de Atenção Básica, n 34).** Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em: 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2004. 64p.:il.- (serie B. Textos Básicos de Saúde.). Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0204.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

BRASIL. Governo Federal. **Alcoolismo:** instituições de prevenção, tratamento e redução de danos ajudam a afastar o vicio. [S.l.:s.n.]. Publicado em abril, ano 2012. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2012/04/alcoolismo.Acesso em 07 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas Brasília-DF, 07 a 10 de novembro de 2005, 56 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009, 70 p. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/estatuto_idoso2edicao.pdf. Acesso em:24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde: **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF. 2ª ed. Serie B, ano 2004. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0204.pdf. Acesso em: 22 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília-DF. Ministério da Saúde, 2004. 86p. Serie F. 1ª

ed. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 01 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF. 2006, 192p. (serie A. Normas e Manuais técnicos**) (Caderno de Atenção Básica nº 19**). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 07 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS).** Eixos, políticas e fundamentos. Brasília-DF. 2016. Ministério da Saúde. Org.

MEDEIROS, P.F.; LOBO GARCIA, L.S.; KINOSHITA, R.T.; SANTOS, P.S.; HAYASHIDA, G. in**. Aberta. Senad**. Disponível em: http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094953-001.pdf. Acesso em: 15 mai.2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 17 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Brasília-DF. Saúde Legis-Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 24 jul.2019.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA). **A importância da família no tratamento do alcoolismo**. São Paulo, 2019. Disponível em: http://www.cisa.org.br/artigo/2758/-importancia-familia-no-tratamento-alcoolismo.php. Acesso em: 19 ago. 2019.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool: **histórico das políticas de álcool no Brasil**. Disponível em: http://www.cisa.org.br/artigo/5791/historico-politicas-alcool-no-brasil.php.Acesso em 12 jul. 2109.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA): **álcool e trabalho**. Disponível em: http//www.cisa.org.br/artigo/467/álcool-trabalho.php. Acesso em 17 ago. 2019.

Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA**): Diferenças de gênero no comportamento de beber: por que ainda existem**? [S.l.:s.p.] Org. HOLMILA, M.; KAITASALO,K. 2005. Gender differences in drinking. **Addiction**, 100, 1763-9. Disponível em: http://www.cisa.org.br/artigo/749/diferencas-genero-no-comportamento-beber-por.php. Acesso em: 17 jul. 2019.

FRANCISCO, Edjane Andrade. **Violência contra o idoso usuário do Centro de Referência Especializado de Assistência Social**: CREAS do município de Laranjeiras, Sergipe. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Serviço Social). Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2017.p.15.

GIL, Antônio Carlos. **Estudo de caso**: fundamentação científica – subsídios para coleta e análise de dados – como redigir relatório. São Paulo: Atlas, 2010.

Hospital Sírio-Libanês: **consumo de álcool entre idosos aumenta**. Psiquiatria Núcleo de Álcool e Drogas (NAD) do Hospital Sírio-libanês, Dr.ª Carolina Hanna. Publicado em set.2107. Disponível em: https://hospitalsiriolibanes.org.br/sua-saude/Paginas/consumo-alcool-idosos-aumenta.aspx. Acesso em 18 jan.2109.

LEÃO, Isis Simões; EULÁLIO, Maria do Carmo. **Velhice e atividade profissional**: um estudo sobre qualidade de vida. In ALVES, RF., org. **Psicologia da saúde**: teoria, intervenção e pesquisa [online] capitulo7, p.200. Campina Grande: EDUEPB, 2011. **Scielo Books.** Disponível em**:** http://books.scielo.org/id/z7ytj/pdf/alves-9788578791926-08.pdf. Acesso em: 12 jun.2019.

LEITE, Francisco Tarciso. **Metodologia Científica**: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros/Francisco Tarciso Leite. – Aparecida, SP: Idéias & Letras, 2008.

LEVY, Becca R. Paradoxo do Estereótipo da Idade: Oportunidade de Mudança Social. O Gerontologista, volume 57, edição suppl 2, agosto de

2017, páginas S118-S126. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article/57/suppl_2/S118/3913371. Acesso em: 24 de agosto de 2019.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas de. VERANI, Ana Carolina. **O alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil no início do século XX.** SANTOS, Fernando Sergio Dumas de. VERANI, Ana Carolina. **História, Ciência e Saúde**. Manguinhos-Rio de Janeiro, v.17, supl. 2, dez. 2010, p. 401-420. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s2/08.pdf Acesso em: 03 mai. 2019.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GREIATRIA E GERONTOLOGIA: **OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos**. Matéria publicada em janeiro de [S.l.] 2019. Levantamentos de dados Organização Mundial de Saúde (OMS). 2019. Disponível em: https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/. Acesso em: 04 jun. 2019.

SOUZA, Eliane de Lara Ferreira de. **Atuação do assistente social no atendimento aos idosos dependentes do álcool no Caps ad.** Trabalho de conclusão de curso (graduação). Universidade Federal de Cuiabá, Cuiabá. Curso de Serviço Social. Cuiabá 2018.p.12.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. **Envelhecer no Brasil**: a construção de um modelo de cuidado. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 23, nº 6. Rio de Janeiro, junho de 2018. Disponível em: <https://scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601929.>

World Health Organization. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. World Health Organization.Tradução Suzana Gotijo, Brasilia-DF. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. **Envelhecimento Ativo: conceito e fundamento**, p.13 a 18. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em 30 jul.2109.

# CONFLITOS, VIOLÊNCIA, IDADE E GERAÇÃO NO COTIDIANO DE MULHERES IDOSAS DOS CRAS DE ARACAJU

Maria Helena Santana Cruz[1]
Vera Núbia Santos[2]
Laissa Eduarda da Silva Oliveira[3]

**Resumo:** A violência contra pessoas idosas é um fenômeno dentro do atual processo de envelhecimento, ocorre de diferentes formas, e por isso a dificuldade em sua identificação, dependendo do contexto cultural em que esteja inserida. O texto visa a tornar visíveis as logicas e motivações presentes na violência de gênero praticadas contra mulheres idosas inseridas nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), em Aracaju. A pesquisa de natureza qualitativa desenvolveu-se numa parceria entre o Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre a Mulher e Relações de Gênero (NEPIMG) e Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM), com apoio da Secretaria Municipal da Família e da Assistência Social (SEMFAS). Fontes documentais e empíricas subsidiaram os resultados, priorizando-se sessões de grupo focal com as idosas, visando a contribuir com a avaliação de políticas e programas relacionados ao atendimento de pessoas idosas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe. Os principais tipos de violência são *praticados por filhos e conhecidos n*o ambiente doméstico, incidem sobre a violência psicológica, negligência, violência física e abuso financeiro, tendo as idosas como as principais vítimas. A dependência financeira, os cuidados com a

1 Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia (BA); Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre a Mulher e Relações de Gênero (NEPIMG) da Universidade Federal de Sergipe; Líder do Grupo de Pesquisa; e-mail: helenacruz@uol.com.br;

2 Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC); Vice Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares sobre a Mulher e Relações de Gênero (NEPIMG) da Universidade Federal de Sergipe; e-mail: venus_se@uol.com.br;

3 Discente do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe (UFS); e-mail: laissaeduarda4@gmail.com

ISBN 978-65-86901-26-9

saúde, medo da perda do convívio familiar, entre outros aspectos, contribuem para inibir denúncias de episódios de violência doméstica. O arcabouço normativo registra que cuidados com os idosos são de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, o que sugere atentar para a centralidade da família, tendo o Estado como apoio.

**Palavras-chave:** Violência; Gênero; Mulheres Idosas; Centros de Referência da Assistência Social; Direitos.

## Introdução

O Brasil é um país em que o processo de envelhecimento humano, na perspectiva legal possui lastro amparo. A Constituição Federal de 1988, no Artigo 230 do Capítulo VII, Título VIII (BRASIL, 2020), determina: "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". Essa segurança jurídica, ampliada e regulamentada com a legislação pertinente, deve responder ao processo que o envelhecimento populacional requer, por meio de ações previstas que responsabilizam entes familiares, a sociedade e o Estado.

O envelhecimento da população é um fenômeno recente no mundo e constitui-se num dos aspectos que suscitam um exame atento dos diversos países. O envelhecimento populacional é percebido quando a proporção de pessoas com 60 anos ou mais atinge 7% da população total e ainda apresenta tendências para o seu crescimento. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 2002), há uma probabilidade de, em 50 anos, triplicar o número de pessoas idosas, que chegará a cerca de dois bilhões no mundo.

Os efeitos do envelhecimento da população já se observam de forma mais detida, sendo necessários estudos que englobem todas as características desse fenômeno para que se busquem respostas efetivas de atendimento às demandas desse segmento. No Brasil, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sugerem que já em 2025 apresentará um percentual acima de 16% da população nesse segmento (IBGE, 2010), o que colocará o país em quinto lugar no *ranking* mundial de países com maior população de idosos.

As estimativas desse órgão indicam que a tendência é que o segmento idoso ultrapassará da população em 2060. Ressalte-se, ainda, que no tocante a pessoas com mais de 80 anos, esse aspecto de crescimento populacional também será significativo, pois se na atualidade o país possui mais de 3,5 milhões, em 2060, esse público será de 19 milhões, o que corresponde a um crescimento equivalente a 27 vezes em relação a 1980, quando o país possuía menos de um milhão de pessoas nessa faixa etária: 684.789 de pessoas (IBGE, 2010). No caso de pessoas acima de 65 anos, no Brasil já atingiu 10,53% da população (FGV, 2020).

O assunto que move o presente artigo objetiva tornar visíveis as logicas e motivações presentes na violência de gênero praticadas contra pessoas envelhecidas, particularmente as mulheres idosas inseridas nos Centros

ISBN 978-65-86901-26-9

de Referência da Assistência Social (CRAS) do município de Aracaju/SE, ampliar estudo anterior, contribuir com a avaliação de políticas e programas relacionados ao atendimento de pessoas idosas. A violência vem sendo expressiva em diferentes grupos etários, ou seja, em sentido amplo, é representada pela posição e atuação do indivíduo em seu grupo de idade e/ou de socialização no tempo. Daí o sentido dinâmico ou instável e plural que essa condição, de saída, representa.

É que historicamente a sociedade, a par de ter-se desenvolvido tendo a idade – e o sexo/gênero - como critérios fundamentais de organização e integração social, principalmente de participação na divisão do trabalho, foi construindo, ao mesmo tempo, formas organizativas outras que redundaram em discriminação, marginalização ou exclusão igualmente baseadas na idade – assim como em critérios relativos ao gênero. E de tal forma que, na modernidade, a vida social apresenta-se impregnada de etarismo (*ageism*) tanto quanto de sexismo. Apenas o preconceito/discriminação contra a idade se apresenta de forma menos perceptível, mais sutil que o sexismo, porque mais naturalizado pela evidência dos registros da passagem do tempo nos corpos. E os corpos são de várias idades, em suas diferentes transformações e possibilidades, individuais e sociais.

Para Debert e Simões (2001), dentre os fatores que influenciaram no aumento da expectativa de vida dos últimos anos, estão a diminuição da fecundidade nas últimas décadas, a redução da mortalidade infantil, melhorias no saneamento básico, controle de doenças, dentre outros. Alguns fatores ligados a essas mudanças estão diretamente atreladas às famílias, através de alterações nos seus papéis sociais, redução nos números de filhos, migração rural-urbana, que modificam as funções tradicionais da família como educadora de crianças e de cuidadora dos mais velho. Se por um lado o envelhecimento populacional e a longevidade são grandes vitorias em termos sociais e científicos, por outro acarretam desafios em termos econômicos, sociais e culturais. Anthony Giddens (1992) considera ilusório pensar que essas mudanças são acompanhadas de uma atitude mais tolerante em relação às idades. Entretanto, ao projeto reflexivo do eu – que o autor considera estaria em compasso com uma sociedade mais democrática – devem ser associadas às novas concepções do corpo e as formas como elas recodificam a velhice.

Neste contexto, a violência continua sendo uma das maiores preocupações que a pessoa idosa pode vir a enfrentar no processo de envelhecimento. É necessário desse modo, abordar os diferenciais de gênero, no processo de

envelhecimento populacional como um fenômeno mundial, fazendo-se essencial o desenvolvimento sobre a questão, não apenas para denunciar, mas para reconhecer e identificar suas formas e propor maneiras de intervenção adequada para a proteção da vítima. Pela convenção de Belém do Pará, entende-se por violência contra as mulheres "qualquer ação ou conduta baseada no gênero que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico a mulher, tanto no âmbito público como privado. (OEA, 1994). O fato de as mulheres viverem diferentes situações de violência ao longo das suas vidas se traduz em um fim comum de experiência vital (subjetiva e social) que compartilhamos com outras congêneres. *As violências patriarcais devem ser reconhecidas como um problema social que afeta a todos/as, deixando de ser pensado como um assunto que se limita a esfera vida privada*.

No caso da pessoa idosa, o Brasil possui legislação pertinente, tendo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2017) como uma lei que surge para assegurar direitos a pessoas a partir de 60 anos. As relações entre terceira idade e outras idades, na sociedade atual, têm sido discutidas no que diz respeito à terminologia idoso, a partir do que se criam estereótipos e crenças sobre como as pessoas se referem aos demais nessa fase da vida. O uso de palavras para se referir às fases da vida é modificado com o passar do tempo e com as mudanças da sociedade: velho, idoso, envelhescente, melhor idade, maior idade, terceira idade são termos que costumam ser utilizados para se referir a mesma fase da vida, a depender da perspectiva teórica a que se adere. As novas imagens do envelhecimento são, sem dúvida, expressão de um contexto marcado por mudanças culturais que redefinem o modo de construção das identidades. A concepção de velhice, extrapola o aspecto meramente biológico e reflete também aspectos socioculturais.

Como nos ensina Joan Scott "Não são os indivíduos que tem experiência, mas os sujeitos é que são constituídos através da experiência". (SCOTT, 1999, p. 27). A experiência de acordo com essa definição, torna-se não a origem da nossa evidencia autorizada (porque vista ou sentida) que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que buscamos explicar, aquilo sobre o qual se produz conhecimento. O sujeito é constituído de gênero, classe, raça/etnia: é, portanto, múltiplo. Nega-se a existência do *não sujeito* em qualquer hipótese (SAFFIOTI, 1997, p. 5). As divisões entre as idades são arbitrárias, logo, juventude e velhice não seriam apenas dados, mas construções sociais originárias da luta entre os jovens e os velhos. Assim sendo, as diferenças entre homens e mulheres são também construídas histórica e socialmente,

percebidas especialmente nas relações de poder estabelecidas entre si. O estereótipo de gênero acaba legitimando essa forma de poder, da dominação masculina, naturalizando diferenças socialmente construídas, ou seja, o termo gênero refere-se a uma construção inteiramente social de ideias sobre papeis adequados a homens e mulheres. (BOURDIEU, 1983).

Segundo Beauvoir (1980, p. 343) enquanto o homem "envelhece de maneira contínua", a mulher, na maturidade, é "bruscamente despojada de sua feminilidade". Assim, a autora reconhece que "a história da mulher – pelo fato desta se encontrar ainda encerrada em suas funções de fêmea – depende muito mais que a do homem de seu destino fisiológico". As relações gênero e classe, são dimensões fundamentais da vida social, estruturam as expectativas, conformam a ação social, são mutuamente articuladas e especialmente importantes na análise e explicação das diferentes trajetórias de vida percorridas socialmente por homens e mulheres. Dependendo da classe social ou dos arranjos familiares onde se insere, ser idosa pode representar viver em condição de abandono material (mesmo quando aposentadas), ser explorada como auxiliares domésticas dos filhos e também a solidão afetiva, (devido ao maior número de viúvas, divorciadas ou solteiras com filhos, ou até mesmo quando casadas, pois muitas vezes as trajetórias dos gêneros não foram construídas para convergir em companheirismo), como explicita Britto da Motta (2010). Em outras palavras, a velhice é uma situação vivida em parte homogeneamente e em parte diferencialmente, de acordo com o gênero e a classe social dos indivíduos em um grupo de idade ou geração.

Para Azevedo (2016), na medida em que as feministas omitem das suas reflexões teóricas a situação das mulheres idosas e ainda ignoram a exclusão das mesmas das políticas públicas destinadas às mulheres, torna-se evidente na atitude das policiais das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs) que há uma obediência a orientações tácitas, sustentadas em convenções que consideram a velhice como uma categoria social homogênea, sem sexo. Tais convenções tendem a desclassificar as idosas da condição de mulheres que sofrem as hierarquias e constrangimentos de gênero, inseridos em especificidades criadas pela situação de idade e geração, articuladas com a classe social, a raça/etnia dentre outros marcadores sociais de desigualdades.

Na pesquisa e na própria militância feminista vem se tentando trabalhar na teoria, a importância da articulação da categoria gênero com algumas outras dimensões básicas das relações sociais, frequentemente ignoradas. Em sua maioria, os estudos se limitam apenas à raça/etnia e à classe social, por

vezes, à orientação sexual. Isso não é suficiente, ignora-se outras intersecções analíticas importantes, como a existente entre gênero e idade/geração (BRITTO DA MOTTA, 2010).

Com relação a violência, desde os anos 1990 já se discutia a definição de violência contra o idoso. Para Minayo (2005) a violência refere-se aos processos e relações sociais interpessoais, de grupos, de classes e de gênero, no qual causa dano físico, mental ou moral e apresenta algumas categorias e tipologias são utilizadas para designar as várias formas de violência contra a pessoa idosa: Abuso físico ou maus tratos: se refere ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhe dor, incapacidade ou morte; Abuso psicológico: corresponde as agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilha-los, restringir sua liberdade ou isola-los do convívio social; Violência sexual: refere-se ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou hetero-relacional, utilizando pessoas idosas; O Abandono: se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais institucionais ou familiares de prestarem socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção; Negligencia: refere-se a recusa ou a omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais; Abuso financeiro ou econômico: consiste na exploração impropria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais;

Violência social ou emocional: refere-se as agressões verbais, incluindo palavras depreciativas que possam desrespeitar a dignidade, identidade e autoestima. Caracteriza-se pela falta de respeito à intimidade; falta de respeito aos desejos, negação do acesso a amizades, desatenção a necessidades sociais e de saúde; Autonegligência: diz respeito a conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança, pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Em pesquisa divulgada em 2019[4], a Fundação Oswaldo Cruz destacou, num contexto mundial, a ocorrência de mais de 60% dos casos de violência contra pessoa idosa nos lares. A pesquisa indicou que a agressão parte principalmente de filhos e a ausência de denúncia decorre por medo ou para

4 A pesquisa foi apresentada por ocasião do Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa, durante a palestra intitulada "*Violências contra a pessoa idosa e estratégias para reduzi-las*", pela Prof.ª Maria Cecília Minayo, que a coordenou. Cf. https://www.fiocruzbrasilia.fiocruz.br/mais-de-60-dos-casos-de-violencia-contra-a-pessoa-idosa-ocorrem-nos-lares/

proteção à pessoa que agride. A situação de violência atinge de forma mais particular as mulheres, violentadas, na sua maioria, no ambiente familiar.

Podemos falar de mulheres na *produção da violência de gênero* como um fenômeno que pode ser identificado nas formas de opressão e dominação relacionadas aos elevados índices de episódios de violência praticados contra elas mulheres, particularmente a violência doméstica, que não se restringe a qualquer caráter, seja pela classe social, raça/etnia, grau de escolaridade, religião, *faixa etária* e orientação sexual. A pessoa idosa encontra-se destituída de proteção tornando-se vulnerável à violência praticada pelos vários segmentos da sociedade. Esta situação contribui para que se sinta discriminada e violada nos seus *direitos humanos* fundamentais gerando consequências em suas vidas tanto para sua saúde física e mental, como para o seu convívio social. Segundo Arendt (2001), os seres humanos não nascem iguais, mas se tornam iguais como membros de uma coletividade, em virtude de uma decisão conjunta que garante a toda esta coletividade de direito iguais. Para a autora, a igualdade resulta da organização humana, que por meio da lei torna (ou deveria tornar) os "homens" iguais.

Dessa forma, as diferenças deveriam ser igualadas por intermédio das instituições e, assim, a igualdade deveria ser garantida e ter espaço na esfera pública (já que a diferença tem lugar na esfera privada). De acordo com Saffioti (1997; 2001) a sociedade brasileira caracteriza-se por um alto índice de violência familiar que recai sempre sobre as mulheres, crianças ou velhos, o que deve ser considerado a fim de que se possa compreender a sua rotinização. As mulheres de idade avançada enfrentam muitos desafios gerados por uma sociedade sexista e gerofóbica, uma vez que "[..] as crenças sexistas e gerofóbicas refletem a ênfase da sociedade na produtividade, no atrativo sexual e físico." (SALGADO, 2002, p. 9). Ainda conforme a autora gerofobia é o termo que se usa para descrever os preconceitos e estereótipos, em relação às pessoas idosas, fundados unicamente em sua idade.

As mulheres compõem a maioria da população mundial, são mais numerosas entre a população idosa em todo o mundo, constituindo um processo conhecido como feminização da velhice, um aspecto ligado ao modo como a sociedade lida com o fenômeno do envelhecimento, aos papéis socialmente postos a homens e mulheres no decorrer da história humana. Tais aspectos oferecem elementos teóricos para se compreender como homens e mulheres se relacionam uns com os outros e consequentemente vivenciam a velhice. Se, neste século, reconhecer-se em categorias como mulher, *gay*, trans ou *queer*

ainda é importante, na década de 1970, período em que o conceito de mulher, nos espaços a ela destinados e a opressão do seu corpo foram especialmente questionados – mesmo que de modo universal e essencialista – compartilhamos com Moi (2017) e Fuss (2017), a ideia de que ainda é politicamente essencial para as feministas defenderem as mulheres como mulheres para contrariar a *opressão patriarcal* que exatamente despreza as mulheres como mulheres.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2002) revela que a diferença salarial entre homens e mulheres chega a 23%, encontrando-se frequentemente mulheres idosas como a única provedora material da família, dos filhos adultos dependentes com a única renda oriunda de sua aposentadoria. Estes aspectos são intensificados na sociedade capitalista, pela exclusão de trabalhadores do mercado de trabalho cujas famílias são afetadas pelas expressões da questão social os renegam a segundo plano, no seu interior e no restante da sociedade.

Não restam dúvidas de que a sociedade atual se depara com um segmento populacional que está aumentando e que por sua vez é vulnerável, entretanto, observa-se que a violência contra idosos guarda contornos próprios que devem ser analisados em suas especificidades. Essa nova dinâmica vem exigindo, *não só o debate,* mas atenção especial, ações efetivas do poder público e da sociedade para aqueles que estão envelhecendo, considerando o atendimento às novas demandas decorrentes das alterações fisiológicas, psicológicas, cognitivas e sociais evidenciadas nessa fase da vida, mas além das violências recorrentes que lhes tem atingido nos espaços sociais e intrafamiliares.

O Estado brasileiro, ao longo dos últimos 20 anos, construiu alguns dispositivos legais de amparo à pessoa idosa, entre eles os que estão inscritos na Constituição Federal, constituindo diretrizes para a elaboração da Política Nacional de Saúde do Idoso, além do Estatuto do Idoso. Todavia, diante da realidade de violência parece que apenas a existência de dispositivos não é suficiente para o enfrentamento do problema. Como se percebe, atualmente no Brasil, existe amparo legal ao combate à violência contra a pessoa idosa no Brasil, mas é possível inferir que falta efetivar as medidas de proteção e prevenção por parte do Estado, ampliar a visão do fenômeno do envelhecimento populacional e suas consequências na sociedade, e conscientizar a família sobre a responsabilidade que lhe cabe com esse segmento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Metodologia

As relações sociais de gênero direcionam para a reflexão, no sentido de documentar o lugar das diferenças na experiência vivida. Impõe-se essa necessidade como possibilidade de abrir novos caminhos novos para a apreensão da dimensão humana no processo de reprodução social. Especificamente, a epistemologia feminista trouxe a subjetividade como forma de conhecimento, propõe uma nova relação entre teoria e prática, reconhece o lugar da emoção, subjetividade e corpo no conhecimento, concebido como práxis, conscientização e empoderamento individual e coletivo. (CRUZ, 2014; DENZIN *et al*, 2006).

A pesquisa de caráter qualitativo constituiu uma parceria entre o **Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre a Mulher e Relações de Gênero.** (NEPIMG) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) e o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM) de Aracaju, com apoio da Secretaria Municipal da Família e da Assistência Social (SEMFAS), e contemplou, prioritariamente, os relatos das mulheres idosas integrantes dos CRAS.

Foi feito cadastro na Plataforma Brasil e passou-se pela análise e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFS, sob CAAE 87227818.9.0000.5546 e com Parecer de número 3.528.523, sendo certificada por padrões exigidos pelas normas que asseguram o cumprimento dos princípios da autonomia, anonimato, não maleficência, beneficência e justiça, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com o título "Expressões de Violência de Gênero: relatos orais de idosos/as em Aracaju", a pesquisa teve início em agosto de 2018 e foi encerrada em julho de 2020, com o apoio do CNPq por meio de bolsa de iniciação científica.

A primeira fase da pesquisa envolveu o Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade (NUPATI) da UFS e quatro CRAS. Na segunda fase, priorizou as pessoas idosas dos demais CRAS em Aracaju. No caso dos CRAS, participaram pessoas cadastradas no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) da SEMFAS. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), o SCFV é um serviço organizado e realizado com grupos, no qual reúne um número significativo de idosas/os de modo a prevenir as situações de risco social, ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

ISBN 978-65-86901-26-9

O acesso às mulheres idosas ocorreu mediante autorização prévia da SEMFAS e por meio do contato com as coordenações dos CRAS, para liberação e definição de datas junto ao planejamento de cada CRAS. No momento da abordagem, com aquiescência e autorização das próprias pessoas envolvidas, foi utilizada a técnica do Grupo Focal em 15 sessões que abrangeram 14[5] dos 16 CRAS do município: foram quatro CRAS em 2019 e dez CRAS em 2020[6]. O grupo focal ocorria durante o encontro semanal do SCFV com idosas/os, com grupos formados por 15 a 25 pessoas presentes no momento da pesquisa, e realizado nos respectivos CRAS. O Grupo focal (GATTI, 2005) permitiu a interação grupal e ampla discussão sobre o tema ou foco específico, utilizando-se materiais de estímulo – comumente dinâmicas – para fomentar e sustentar discussões em grupo, o intercâmbio de saberes e experiências entre participantes iniciando-se com perguntas genéricas, aprofundadas a seguir e direcionando para o foco do estudo.

Nos grupos dos CRAS pesquisados teve-se por foco a violência contra a pessoa idosa, sendo estimulada a reflexão sobre os vários aspectos que a permeiam, e abordando a situação da violência contra a mulher. As idosas, maioria nos grupos, abordaram os diversos tipos de violência e seus responsáveis. Para dar sustentação a esse aspecto, foram pesquisados dados oficiais no âmbito da Segurança Pública e da Assistência Social no município.

Embora os grupos fossem formados por pessoas idosas e, em alguns CRAS, com pessoas adultas (consequência da ampliação do serviço), especial

5 Em dois dos CRAS contatados não foi possível proceder com o grupo focal. No CRAS Madre Tereza de Calcutá, marcado para 04/03/2020 pela manhã, as pesquisadoras compareceram, mas as/os idosas/os não estavam presentes no SCFV, em decorrência de problemas de comunicação entre a coordenação do CRAS e a equipe técnica, que havia registrado outra atividade externa naquele dia. Já no CRAS João de Oliveira Sobral, foi marcada a sessão para 11/03/2020, mas não foi confirmadopela coordenação, o que inviabilizou a ida das pesquisadoras. Com a suspensão das atividades presenciais em decorrência da pandemia de coronavírus, a partir de 16/03/2020 a remarcação tornou-se inviável.

6 Os CRAS e as datas de realização dos grupos focais foram: (1) CRAS Benjamin Alves, em 02/04/2019; (2) CRAS Santa Maria, em 03/04/2019; (3) Antônio Valença Rollemberg, em 09/04/2019; (4) CRAS Jardim Esperança, em 16/09/2019; (5) CRAS Dr. Carlos Fernandes de Melo, em 04/02/2020; (6) CRAS Terezinha Meira, em 05/02/2020; (7) CRAS Maria José Menezes, em 10/02/2020; (8) CRAS Carlos Hardmann, em 11/02/2020; (9) CRAS Risoleta Neves, Grupo 1 em 14/02/2020; (10) CRAS Porto D'Anta, em 02/03/2020; (11) CRAS Enedina Bonfim dos Santos, em 03/03/2020; (12) CRAS Pedro Averan, em 04/03/2020; (13) CRAS Gonçalo Rolemberg Leite, em 05/03/2020; (14) CRAS Risoleta Neves, Grupo 2 em 09/03/2020; (15) CRAS Maria Diná Menezes, em 10/03/2020.

destaque foi atribuído aos relatos das mulheres idosas, isto porque se entendeu que as pesquisas que têm mulheres como informantes já contemplam muitas informações sobre os homens e, portanto, essas informações podem ser analisadas sem necessariamente gerar a necessidade de incluir análises a partir de depoimentos dos homens.

As sessões foram gravadas, após solicitação das pesquisadoras e autorização das pessoas presentes, e as gravações passaram por transcrição para fins de elaboração dos relatórios parcial e final da pesquisa.

## Resultados e discussão

A situação de violência contra a pessoa idosa é um dos aspectos mais importantes para análise, uma vez que o processo de envelhecimento humano é um fato que atinge os países do mundo indistintamente. Ao mesmo tempo, ao se verificar que a maioria das pessoas idosas é composta por mulheres, a dimensão da violência aponta para uma necessária intersecção: relações de gênero, envelhecimento e violência.

Estudos sobre situação de violência contra a pessoa idosa identificam que os conflitos, as relações de gênero, a intergeracionalidade ou outros aspectos, principalmente relacionados questão da saúde (MINAYO, 2005; CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; LOPES *et al*, 2018), mas também de todas a políticas públicas, necessitam ser aprofundados, a fim de estabelecer controle e acompanhamento devidos, seja no âmbito as saúde, da assistência social, da segurança pública ou de todas as perspectivas que o processo de envelhecimento suscitam na sociedade.

No âmbito da Política de Assistência Social, os serviços desenvolvem-se por meio de programas federais, tendo por base a realidade local. Entretanto, há políticas e legislação específicas para atendimento a esse segmento, que podem, com base na realidade de cada município, uma vez que se trata de política municipalizada, responder às demandas localizadas, como, por exemplo, a situação de violência contra a pessoa idosa, que pode ser verificada por meio de dados estatísticos extraídos de estudos nos vários distritos.

Para a pesquisa "Expressões de Violência de Gênero: relatos orais de idosos/as em Aracaju", foram consultadas diferentes fontes de informação: como revisão da literatura pertinente; estatísticas desagregadas por sexo/idade/geração de institutos de pesquisa; inquéritos policiais da DAGV envolvendo denúncias com mulheres idosas e dados do Disque 100. Também foi

ISBN 978-65-86901-26-9

consultado o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa; Política Nacional do Idoso (BRASIL, 2010) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2017).

Foram analisadas denúncias do Disque 100, que surgiu no ano de 2003 inicialmente com um foco no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e teve ampliado os serviços pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), passando a contemplar os grupos sociais vulneráveis, como as pessoas idosas. A plataforma recebe, por dia, milhares de ligações. No ano de 2018 houve 645 ligações correspondentes a violência com idosos no estado de Sergipe, enquanto em 2019 houve 379 ligações. Segundo o relatório do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (BRASIL, s/d), no ano de 2019 o percentual de registros sobre pessoa idosa foi de 30% e, no caso de Sergipe os casos atingem 80 registros para cada 100 mil habitantes.

No que diz respeito ao registro de violência contra a pessoa idosa em Aracaju em 2019, dados da Delegacia de Apoio a Grupos Vulneráveis (DAGV), da Secretaria de Segurança Pública, indicam as seguintes tipificações, em conformidade com a legislação específica: apropriar-se de bens ou rendimento do idoso, com **quatro** ocorrências registradas no ano; deixar de prestar assistência ao idoso, com **três** ocorrências registradas no ano; discriminar, desdenhar, humilhar, menosprezar pessoa idosa, com **quatro** ocorrências registradas no ano; expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, com **cinco** ocorrências registradas.

Se no âmbito da Segurança Pública o ano de 2019 totalizou 16 ocorrências, a SEMFAS, por meio do Serviço de Proteção e Atendimento a Famílias e Indivíduos, registrou nos quatro Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), o número de **80** vítimas com idade a partir de 60 anos. Esses dados são importantes para compreender a ausência ou a subnotificação da violência contra pessoas idosas, e por isso o acesso ao SCFV passa a ser um dos caminhos para diálogo e orientação acerca da situação de violência e de estímulo ao registro dessa ocorrência nos canais devidos.

Um dos serviços de responsabilidade do poder público, conforme demanda a Lei 8.842/94 (BRASIL, 1994), é o de proteção e Assistência Social. Os serviços de proteção social básica são executados nos CRAS, o qual se constitui, para as/os usuárias/os da política de assistência social, na porta de entrada aos serviços socioassistenciais, devendo estar localizado em áreas de

ISBN 978-65-86901-26-9

maior vulnerabilidade social, têm como objetivo a prevenção de situações que levem a rompimentos de vínculos familiares e comunitários.

O SCFV é desenvolvido por faixas etárias, e comumente cada CRAS organiza um grupo específico com pessoas idosas e um grupo com crianças e adolescentes, exceto o CRAS Risoleta Neves que, em razão de sua abrangência possui dois grupos. Na atualidade, ao grupo com pessoas idosas nos CRAS de Aracaju passaram a integrar pessoas adultas, mas a maioria nesses grupos ainda se constitui de pessoas idosas, com representativa participação de mulheres.

Procurou-se caracterizar o perfil dos/as idosos/as, dimensões desse segmento da população dos CRAS em Aracaju. Os/as idosos/as participantes dos CRAS são predominantemente mulheres de renda baixa, e representam uma chamada minoria[7] em garantia dos direitos básicos por questões étnicas, de origem, por questões financeiras e por questões de gênero, classe, idade, geração e sexualidade. Ironicamente, o que chamamos aqui de minorias são, quantitativamente, a maioria da população. Elas são pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, como idosos e portadores de necessidades especiais. O preconceito com mulheres idosas, na sociedade atual é perpetuado universalmente. Elas são vistas de forma negativa, a maioria dos seus direitos fundamentais permanecem invisíveis, suas necessidades emocionais, econômicas e físicas em grande parte são negligenciadas, colocando-as em vulnerabilidade. Colaboram com isto é o nível de escolaridade, menor qualificação profissional, com menos anos completos de estudo em relação aos homens, o que contribui para que elas recebam salários inferiores.

E o que pensam e dizem as idosas acerca da situação de violência? O registro a seguir apresenta algumas categorizações sinalizadas pelas idosas nos grupos focais, nas sessões acompanhadas pelas pesquisadoras e sistematizadas por Oliveira (2019; 2020).

A violência **institucional** é sobremaneira referida no cotidiano da vida das idosas evidenciando a magnitude das experiências vividas nas instituições, no próprio Estado, principalmente nos equipamentos de saúde, expressa em relatos de maus tratos e negligência no atendimento profissional nos serviços de saúde: "*Tem umas enfermeiras que atendem a gente bem, outras não atendem*

7 O termo minoria refere-se, na sociologia, a grupos sociais historicamente excluídos do processo de garantia dos direitos básicos por questões étnicas, de origem, por questões financeiras e por questões de gênero e sexualidade.

ISBN 978-65-86901-26-9

*direito*"; "*Você já sai com medo dos marginais, aí fica lá em pé sem aguentar as pernas, para pegar uma ficha [...]. O idoso vai lá para fazer papel de besta; mandam a gente ir na internet verificando-se que não tem vaga! Isso é humilhante demais*"!; "*A pessoa fica até dez horas da manhã para pegar uma ficha, quando vai marcar a consulta ainda marcam errado e ainda precisa ouvir desaforo*"; "*Nos postos de saúde quando peço alguma informação, levo o maior coice, agora eu tenho é medo de pedir alguma informação*"; "*As pessoas que fazem o trabalho como profissional nos postos de saúde tratam a gente mal, principalmente os idosos, falta muita humanidade por parte dos profissionais, nos tratam muito mal*".

O abuso contra a idosa pode advir da natureza violenta transgeracional (familiar), da sociedade (cultural) ou da própria personalidade do cuidador. (FALCÃO; DIAS, 2006). As situações estressantes e a história de vida do agressor são igualmente relevantes para a violência contra o idoso.

A Violência **Patrimonial** é também observada pelo uso ilegal/impróprio dos bens/ativos, pelo abuso econômico não consentido de recursos financeiros e patrimoniais, consistindo na exploração, e é praticada por companheiros, filhos/as e terceiros. Revela-se, na maioria das vezes, dentro da família: "*Meu marido fica querendo mexer na minha aposentadoria, quer que eu pague tudo da casa. Ele não usa o dele e me deixa sem nada, porque ele gosta de me ver sem nada. Fica toda hora perguntando onde está meu dinheiro? O que eu comprei? Só sabe falar do meu dinheiro... A gente tinha uma conta conjunta, ele ia lá e tirava o dinheiro, sem eu saber...[...]. Ele pegou todo o dinheiro e construiu uma casa para a amante*"; "*A filha pega o dinheiro da idosa, deixa ela em um quartinho com tudo sujo, não da alimentação, ameaça a mãe*"; "*Os filhos pegam os benefícios dos pais, os filhos que são usuários de drogas, ameaçam a mãe e ficam com todo o dinheiro*"; "*A minha irmã quer tomar a minha pensão. Um dia ela me trancou em casa sozinha isolada, ela quer me judiar, me bater com um pau, não me deixa sair de casa. Um dia jogou um balde de água quente em mim, me trancou no fundo do quintal, colocou para dormir em um colchão todo sujo*".

A condição de dependência cria uma relação íntima de reciprocidade com a agressão. A idosa muita das vezes tem como normal a situação de violência, e raramente são as autoras da denúncia. Para se protegerem e não verem seus familiares serem punidos, por medo de serem castigados com a perda do acolhimento que por hora recebem, tentam negar os fatos por nutrirem sentimento de afeto pelos seus agressores, outros por vergonha, além daquelas que sofrem maus tratos tão velados que não se dão conta dessa forma de violência. Por isso, as estatísticas sobre a incidência de violência, abusos físico e

emocional, menosprezos, abandonos, desatenções, crime e ausência de direitos sofridos pela pessoa idosa são imprecisas.

Debert (2001) ressalta ser o "lar" o espaço onde mulheres e crianças [assim como as idosas] passam por maior risco de violências **psicológica e física**. Nesse aspecto, os exemplos são reveladores: "*O meu marido é muito ruim, meu coração é operado e ele faz essas coisas para eu morrer logo. Ele já disse lá no interior que quer que eu morra mesmo*"; ou "*Já apanhei muito do meu marido, passei 20 anos nessa situação, ele nunca me deu nada, quem me dava as coisas era minha mãe*"; "*Passei muito tempo apanhando do meu marido, já tive que fugir de casa várias vezes, sofri demais, ele morreu faz uns dois anos e vivo muito melhor agora*"; "*O meu marido me judiava muito, eu tive que sair fugida de casa, para ele não me matar, eu tenho várias cicatrizes no corpo por causa dele. Depois que ele morreu eu me senti melhor e vivo bem melhor atualmente*"; "*Já sofri muito com o meu marido, graças a Deus ele foi embora*"; "*As mulheres hoje tem mais coragem, na minha época as mulheres sofriam e tinham que aguentar calada, eu mesma já apanhei muito do meu marido e não pude fazer nada*".

Os relatos alertam para a situação da violência contra as mulheres mesmo antes da velhice, ou as que cuidam de cônjuges ou familiares mais idosos e são agredidas por estes. Saffioti (1994) atribui o reduzido número de queixas de mulheres idosas contra seus maridos, ao fato de que a mulher com 50 anos ou mais tem grande possibilidade de estar viúva, já que sobrevive cerca de seis anos aos homens.

Durante a velhice, aquela vulnerabilidade experimentada pela mulher durante toda a sua vida, parece se potencializar. Acredita-se que tal fato é explicado pelas construções sociais acerca do gênero e da velhice, que tendem a criar uma imagem negativa da mulher idosa e que acabam por estimular a violência contra ela praticada (SILVEIRA, 2013).

É perceptível a vulnerabilidade da mulher em todas as faixas etárias às situações de violência, e no caso da mulher idosa cria-se a "conspiração do silêncio", que transforma o tema da violência em 'maldito' na medida em que, ao abordá-lo, se está desvelando uma face qual a família tem todo o interesse em manter oculta. A família deixa de ser vista como o espaço de proteção, do cuidado. A violência antes tida como questão privada, integra-se à agenda pública. A violência psicológica é a que mais contraria os princípios dos direitos previstos no ordenamento jurídico internacional e brasileiro, que deveriam resguardar e proteger a pessoa idosa, pois "*Os filhos não respeitam os mais velhos*". Nesse cenário os casos de denúncia de violência contra idosos,

predominantemente são ocasionados pela própria família, que desconhece as garantias legais designadas a essa parcela da população. Este é um problema complexo, desafia os órgãos públicos em combater as agressões desumanas e indignas praticadas contra pessoas idosas.

Mesmo diante toda essa complexidade da questão, Ribeiro *et al* (2012) destacam que apesar desse amparo falta ao Estado universalizar as leis na sua operacionalização, para além de oferecer politicas publicas segundo parâmetros socioeconômicos. Sem se considerar esse aspecto da universalização, nas cidades, nas famílias, no interior dos lares, no campo, nos hospitais, nas favelas, nos bancos escolares, no interior das empresas e em cada parte da nossa sociedade, as idosas e os idosos continuam como pessoas discriminadas.

Herrera (s/d) adverte para a relação de invisibilidade estruturada por familiares que, desconhecendo o ser, ter e sentir, faltam com o reconhecimento social, político e pessoal, desrespeitando sua individualidade da pessoa idosa e da capacidade de decisão, participação e exigência de seus direitos. Significa dizer que as relações de poder e hierarquia definem lugares, expectativas de papéis sociais. Nesta linha de reflexão, para Bourdieu (1983) aquilo que faz surgir os conflitos entre gerações é a disputa de poder na família, onde os dramas individuais ocorrem fundamentalmente, o lugar por excelência das emoções, da privacidade e da intimidade. A geração de 50 a 60 anos é chamada por Attias-Donfut (2004), de geração 'pivô', porque passa a enfrentar um dos maiores desafios do novo século: cuidar, ao mesmo tempo, dos pais idosos, dos filhos e dos netos. Contudo, "o princípio de igualdade absoluta entre os indivíduos nas relações Inter geracionais não corresponde à realidade das práticas familiares". (PEIXOTO, 2000, p. 7).

O "quadro" exposto revela em Aracaju, entre as idosas acompanhadas pelo SCFV nos CRAS do município, o que já se acompanha quando se observam as pesquisas sobre violência contra a pessoa idosa: é evidente e real sua efetivação, e faz-se necessário aprofundar o debate acerca do que pensam esses sujeitos sociais, especialmente as mulheres idosas.

Conforme indicam Caldas *et al* (2008) as causas para tais condições se justificam, sobretudo, na omissão e na negligência daqueles a quem caberia toda a proteção da pessoa idosa – a família, a sociedade e o Estado. Nesta perspectiva, a pessoa idosa que se encontra destituída de proteção torna-se vulnerável à violência praticada pelos vários segmentos da sociedade. No âmbito das relações de gênero os maus tratos contra as mulheres idosas produzem perdas irreparáveis que não mais podem ser revertidos em razão da idade,

das condições fisiológicas que muitas vezes não possibilitam processo rápido de recuperação, da falta de amparo demonstrada pelo Estado e do impacto subjetivo da violência em sua vida. Nessas condições a mulher evita fazer a denúncia e relatar sobre os maus tratos, preferindo o silêncio e a crença na normalidade daquele fato.

Os dados extraídos na DAGV indicam que os registros de ocorrências necessitam de maior observação em pesquisas e para fundamentarem ações do poder público, pois apresentam situações específicas. Mas porque as vítimas idosas denunciam episódios de violência? Os motivos constantes nos inquéritos localizados por Oliveira (2019) indicam: 1) "A idosa fez a denúncia pelo fato do seu filho abalar a sua saúde física e mental. Ela queria uma medida protetiva e o afastamento do filho da sua residência. O agressor já havia tentado matá-la três vezes e por esse motivo ela não ficava, mas em casa. O agressor foi atuado e impedido de se aproximar da vítima, no entanto não se sabe se ele cumpriu essa medida". 2) "O agressor era um ex-presidiário que já havia sido atuado pela Lei Maria da Penha. Ele era sobrinho da vítima no qual moravam em uma casa coletiva, o agressor chega em casa alcoolizado e agride a tia de 70 anos com um fio. O 190 é acionado e ele é preso em flagrante". 3) "A idosa morava com o filho no qual deixava ela sozinha durante todo o dia, em ambiente insalubre e precário sem remédios e higiene. A idosa passava fome e possuía diversos problemas de saúde". 4) "A idosa era mantida em cárcere privado, a casa não possuía mobília, somente uma espuma de colchão. A idosa passou a conviver em uma casa lar, mas não percebia que estava sendo maltratada quando morava em casa e queria voltar para lá". 5) "O 190 havia sido acionado por vizinhos, chegando ao local a idosa havia sido agredida com um pedaço de madeira. A idosa não queria que o agressor que era seu filho fosse preso, e após a saída dele da prisão a idosa aceitou que ele voltasse a morar com ela". 6) "A doméstica que cuidava da limpeza da casa da idosa, se apropriou do cartão dos benefícios de aposentadoria, realizando diversos saques em benefício próprio. O caso ainda continua em andamento".

Esses aspectos, associados a outros que devem ser analisados para compreender a situação de violência que atinge a pessoa idosa, devem ser priorizados para que haja prevenção e respostas efetivas do poder público, acompanhamento da sociedade e atuação da família para a proteção à pessoa idosa.

ISBN 978-65-86901-26-9

No município de Aracaju há 16 CRAS[8] distribuídos pelos cinco distritos categorizados pela SEMFAS por bairros que possuem aproximação quanto ao perfil das famílias assistidas pela secretaria, de acordo com o grau de vulnerabilidade, o que significa, por exemplo, que em um distrito pode-se situar mais de um CRAS, caso atenda aos critérios. Cada CRAS possui uma equipe técnica e uma estrutura que deve atender à tipificação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), tanto na infraestrutura quanto nos recursos humanos e serviços ofertados. Dentre os serviços, existe o SCFV com pessoas idosas, com grupos que estão em funcionamento há anos, na maioria das vezes.

A violência ainda continua sendo o aspecto de maior preocupação, sendo necessário o desenvolvimento de estudos sobre esse fenômeno, não apenas para denunciar a existência da violência contra a pessoa idosa, mas para reconhecer, identificar suas formas e propor modos de intervenção adequada à proteção da vítima.

Em virtude dos impactos gerados pelo fenômeno do envelhecimento populacional e, sobretudo, da feminização da velhice, faz-se necessário compreender esse processo e o seu significado em nossa sociedade tendo como base a contribuição teórica de vários autores que teorizam sobre a questão do envelhecimento, as relações de gênero, feminização da velhice e desigualdades sociais. Nesta direção considerou-se essencial retratar e investigar dimensões da violência, como formas de desigualdade, como um passo fundamental para enfrentarmos esse problema, constituindo um desafio moral as pessoas que rejeitam e hostilizam os idosos.

## Considerações finais

A feminização da violência contra o idosos/as deve ser pensada como forma de enfrentamento, pois esta população possui algumas especificidades que requerem atenção diferenciada. Observou-se a prevalência das mulheres idosas viúvas vítimas da violência social, violência institucional, abuso psicológico, abuso físico ou maus tratos, negligência, violência patrimonial, abandono e violência sexual. A violência contra a mulher presenta-se como um fenômeno permeado por questões sociais, culturais, educacionais, econômicas e políticas, sendo necessário que o Estado juntamente com a sociedade civil

8 Os CRAS do município de Aracaju estão listados nas notas de rodapé 5 e 6.

ISBN 978-65-86901-26-9

utilizem estratégias por meio de orientações com vistas à prevenção, assistência, punição e reeducação, a violência contra a mulher idosa é uma expressão tanto das desigualdades de gênero e de geração, quanto dos preconceitos que envolvem a velhice.

O perfil do agressor e o tipo de violência praticados apresentam características e fatores ligados ao perfil do agressor de idosos mais comumente identificado na nossa sociedade: mora com a vítima; é financeiramente dependente dela; abusa de álcool e drogas; vínculos familiares frouxos; pouca comunicação e afeto; isolamento social dos familiares da pessoa de idade avançada, história pregressa de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica; padecerem de depressão ou de qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico. Os resultados questionam a necessidade de o Estado apresentar políticas de apoio, estendendo os limites da assistência através da implementação das ações que estão prevista no Estatuto do Idoso e em outros documentos.

Trata-se da criação e extensão de programas de assistência, como as "casas-lares" para idosos, centros de cuidados diurnos, centros de convivência, programas de internamento domiciliar bancados pelo SUS, melhor acessibilidade e atendimento pelo SUS, reinserção do idoso no mercado de trabalho, entre outras providências, que facilitariam a vida do idoso e de seus familiares, diminuindo os conflitos, e consequentemente, o risco da violência.

Faz-se importante destacar que se a violência constitui-se objeto de preocupação na vida em sociedade, os estudos sobre esse fenômeno no segmento idoso, principalmente na mulher idosa merece destaque, tanto para estimular a reflexão sobre o envelhecimento humano e seus rebatimentos na vida social, quanto para o reconhecimento da existência de uma situação que deve ser reconhecida, identificada e denunciada, no sentido de permitir a proteção devida a essas pessoas, principalmente as mulheres.

Espera-se, com os resultados da pesquisa, atingir políticas de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa, bem como de enfrentamento à violência contra a mulher, além de suscitar o estímulo à reorganização dos serviços e programas voltados à pessoa idosa, reconhecendo a particularidade da violência contra a mulher idosa participante de programas e serviços da Política de Assistência Social em Aracaju, ou outros municípios.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ARENDT, H.. **Condição humana.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

AZEVEDO, E. L.. Violência de gênero na trama geracional. In: SARDENBERG, Cecília M. B., TAVARES, Márcia S. (orgs.). Violência de gênero contra as mulheres. Suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. Coleção Bahianas, 19. Salvador: EDUFBA, 2016, p. 267-292.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília, 2010.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o E**statuto do Idoso**. Brasília, 2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Disque 100. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/disque-100-1>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 105/2019. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Disque direitos humanos.** Relatório 2019. s/d. Disponível em https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/mmfdh/disque_100_relatorio_mmfdh2019.pdf Acesso 20 out. 2020.

BOURDIEU, P.. A Juventude é apenas uma palavra. In: **_Questão de Sociologia.** Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 112-121.

BRITTO DA MOTTA, A.. **Violência contra as mulheres idosas** – questão de gênero ou de gerações? III Seminário Políticas Sociais e Cidadania. Salvador, 2010. Disponível em http://www.interativadesignba.com.br/III_SPSC/arquivos/sessao8/225.pdf Acesso em 11 maio. 2020.

BEAUVOIR, S.. Da maturidade à velhice. In: **O segundo sexo***:* a experiência vivida. 9. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. Volume 2.

CALDAS, L. S. *et al*. Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas. **Geriatria & Gerontologia**. 2008; 2(4):167-175. Disponível em https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v2n4a07.pdf Acesso em 20 out. 2020.

CASTRO, V. C.; RISSARDO L. K.; CARREIRA L. Violência contra os idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(suppl 2):777-[Thematic Issue:Health of the Elderly] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139 Acesso em 20 out. 2020.

CRUZ, M. H. S.. A Crítica Feminista à Ciência e Contribuição à Pesquisa nas Ciências Humanas. Dossiê Gênero e Educação. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, São Cristóvão /SE, Editora UFS, v. 12, p. 15-27, 2014. Disponível em: https://seer.ufs.br/index.php/revtee/article/view/3460

DEBERT, G. G.. A família e as novas políticas sociais no contexto brasileiro. Interseções. *In:* **Revista de Estudos Interdisciplinare**s, UERJ, R.J., ano 3, n. 2. jul/dez 2001.

DENZIN, N. K. *et al*. O planejamento da pesquisa qualitativa. Teorias e abordagens. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

FALCÃO, D. V. S.; DIAS, C. M. S. B. **Maturidade e velhice**: pesquisas e intervenções psicológicas, volume 1, Casa do Psicólogo. São Paulo, 2006.

FGV. Fundação Getúlio Vargas. **Brasileiros com 65** anos ou mais são **10,53% da população.** Agência Brasil, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-04/brasileiros-com-65-anos-ou-mais-sao-10-53-da-populacao-diz-FGV>. Acesso em: 25 jun.2020.

FUSS, D.. "O 'risco' da essência". Tradução Ildney Cavalcanti e Amanda Prado. In: BRANDÃO, Izabel et al. (Org.). **Traduções da cultura: perspectivas críticas feministas** (1970-2010). Florianópolis: EDUFAL, Editora da UFSC, 2017.

GIDDENS, A. **As Transformações da Intimidade**. São Paulo: Editora da UNESP, 1992.

GATTI, B. **A. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas.** Brasília DF: Liber Livro, 2005.

HERRERA, A. M. M. Consideraciones sobre maltrato y violência en la vejez: a la luz de calidad de vida. s/d. Disponível em https://www.academia.edu/9488679/Consideraciones_sobre_maltrato_y_violencia_en_la_vej ez_a_la_luz_de_la_calidad_de_vida Acesso em: 15 set. 2018.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico.** 2010. Disponível em: https://censo2010.ibge.gov.br. Acesso 12 maio, 2019.

LOPES, E. D. S. *et al*. Maus-tratos a idosos no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2018; 21(5): 652-662. Disponível em https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00628.pdf Acesso em 20 out. 2020.

MINAYO, M. C.. Violência Contra o Idoso: o avesso do respeito a experiência a sabedoria. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Brasília, 2º edição, 2005.

MOI, T.. "Introdução: Quem tem medo de Virginia Woolf? Leituras feministas de Woolf. Tradução Izabel Brandão. In: BRANDÃO, Izabel *et al*. (Org.). **Traduções da cultura**: perspectivas críticas feministas (1970-2010). Florianópolis: EDUFAL, Editora da UFSC, 2017.

OLIVEIRA, L. E. S. **Expressões de violência de gênero: relatos orais de idosos/as em Aracaju**. Relatório Final. Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Sergipe, 2020.

OLIVEIRA, L. E. S. **Expressões de violência de gênero: relatos orais de idosos/as em Aracaju**. Relatório Final. Programa de Iniciação Científica da Universidade Federal de Sergipe, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Resumo**: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6>. Acesso em: 20 jun. 2020.

OEA. Organização dos Estados Americanos. **Convenção de Belém do Pará** – Convenção Interamericana para Prevenir, Sancionar e Erradicar a Violência contra a mulher. 1994.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1).

PEIXOTO, C. E. **Avós e netos na França e no Brasil**: a individualização das transmissões afetivas e materiais. In: CICCHELLI, V. (Org.) Família e Individualização. R.J.: FGV, 2000.

RIBEIRO, A.; *et al.*. Idoso no Contexto Familiar. São Paulo, 2012. Disponível em https://docplayer.com.br/28983434-Idoso-no-contexto-familiar.html Acesso em 10 jul. 2019.

SALGADO, C. D. S. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Estudo. interdisciplinar. Envelhececimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SAFFIOTI, H. I. B**.** Contribuições Feministas para o estudo da Violência de Gênero. **Cadernos Pagu (**16) 2001. Disponível em:<www.pagu.unicamp.br>. Acesso em: 13, mai. 2020.

SAFFIOTI, H. I. O. Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. ***Lutas Sociais***. Revista do Núcleo de Estudos de Ideologias e Lutas Sociais (NEILS).Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais – PUC, n. 2, 1997.

SAFFIOTI, H. **Violência de gênero no Brasil contemporâneo**. In: SAFFIOTTI H., MUNÕZ-VARGAS, M. (orgs). Mulher brasileira é assim. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: NIPAS; Brasília, DF: UNICEF, 1994.

SCOTT, J.. Experiência. In: SILVA, Alcione Leite; LAGO, Mara Coelho de Souza; RAMOS, Tânia Regina Oliveira (Orgs.). **Falas de Gênero**. Santa Catarina: Editora Mulheres, 1999. Disponível em: <http://historiacultural.mpbnet.com.br/feminismo/Joan Scoot-Experiencia.pdf>. Acesso em: 10 abril, 2020.

SILVEIRA, L. Velhice e Gênero: a violência familiar contra a mulher idosa em Vitória – ES. XXVII Simpósio Nacional de História, Natal, 2013. Disponível em http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371336400_ARQUIVO_trabalhoa Acesso em: 13 jul.2019.

# SAÚDE MENTAL DA PESSOA IDOSA EM PERÍODO DE PANDEMIA DE COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Roberta Machado Alves[1]
Ana Karina da Cruz Machado[2]

## Introdução

O mundo ficou em estado de alerta após a Organização Mundial de Saúde (OMS) ser notificada em 31 de dezembro de 2019 sobre a ocorrência de um de surto de infecções respiratórias agudas por um agente, até então desconhecido, na cidade de Wuhan, na China (Afonso, 2020). Em 30 de janeiro de 2020, a OMS emitiu alerta de Emergência de Saúde Pública de Âmbito Internacional e, em 11 de março do mesmo ano, quando o vírus já estava instalado em 114 países, foi declarado o estado de pandemia (Bergman, 2020).

O vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) causa a doença COVID-19, que acomete humanos de diferentes maneiras: compreende desde casos assintomáticos, com pessoas expostas ao vírus sem manifestações de sintomas, e sintomáticos, com sintomas leves respiratórios similares à síndrome gripal, podendo evoluir para sintomas graves, com presença de insuficiência respiratória grave (Becerra-García, 2020). Além desses sintomas, outros estão associados à doença, tais como: febre persistente, tosse seca, dispneia, cansaço, dores musculares, náuseas e vômitos (Lima, 2020).

Devido à alta transmissibilidade desse vírus, visando diminuir a propagação da doença, estratégias foram adotadas por diversos países (Guinancio, 2020). O distanciamento social foi uma das primeiras medidas estabelecidas,

1 Psicóloga. Especialista em Saúde Coletiva e Saúde Mental. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde. Mestranda em Saúde Coletiva - UFRN, psirobertaalves@gmail.com;

2 Assistente Social. Geróntologa. Professora. Especialista em Gerontologia e Saúde Mental. Mestranda em Psicologia Organizacional e do Trabalho - UNP, karinacruz_rn@yahoo.com.br.

indicando que as pessoas mantenham, no mínimo, um metro e meio de distância umas das outras, evitando, assim, aglomerações. Para manter as pessoas em casa, foi adotado o isolamento social e, por fim, outra medida empregada foi a quarentena, que consiste na restrição de circulação de pessoas que foram potencialmente expostas ao vírus (Boni, 2020).

Tais estratégias trazem consigo limitações das atividades cotidianas, bem como a ausência de contato social e, por vezes, o afastamento de familiares, podendo impactar negativamente na saúde mental do indivíduo (Bruin, 2020). Os efeitos da COVID-19 afetam os indivíduos no quesito social, físico e psíquico. Dentre os sintomas psíquicos, o medo causado em decorrência de uma pandemia pode desencadear transtornos mentais, além de intensificar os sintomas daqueles indivíduos que apresentam transtornos psiquiátricos preexistentes (Afonso, 2020).

Um dos grupos mais vulneráveis à COVID-19 são os idosos, uma vez que apresentam risco aumentado às formas mais graves da doença, devido às suas comorbidades médicas e menor taxa de resposta imune, apresentando, por consequência, maior proporção de hospitalização e morte relacionada ao novo coronavírus, em comparação às demais faixas etárias (Ishikawa, 2020). Assim, medidas preventivas tornaram-se necessárias para proteger os idosos durante a pandemia (El Haj, 2020).

Não obstante, o impacto dessa pandemia, além de apresentar-se como uma ameaça à vida do idoso, também pode influenciar na saúde mental deste, notadamente, ao limitar o acesso aos cuidados e a outros recursos necessários, como consultas médicas, atividades físicas e aumentar solidão e o isolamento social, que são fatores preditivos ao declínio da saúde física e mental (El Haj, 2020).

Em face do exposto, o objetivo do presente artigo consiste em realizar um levantamento da literatura acerca dos impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental do idoso, bem como identificar quais os efeitos da quarentena, do distanciamento e isolamento social nas condições psicológicas desse grupo etário. Para tanto, partiu-se da seguinte problemática de pesquisa: qual impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental do idoso?

## Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, cujo método possibilita a inclusão de estudos com diferentes enfoques metodológicos, proporcionando uma análise ampla da literatura a respeito de um tema específico (Souza, 2010).

Para a elaboração do presente estudo foram observadas as seguintes etapa: definição do tema, objetivo e pergunta norteadora; elaboração das estratégias de busca e levantamento do material bibliográfico na literatura; categorização e análise dos materiais encontrados; avaliação e análise crítica dos estudos incluídos na revisão; apresentação e discussão dos resultados obtidos; apresentação da revisão integrativa na íntegra (Pereira, 2020).

Foram utilizadas as seguintes fontes para o levantamento dos artigos na literatura: PubMed, Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Europe PubMed Central* (Europe PMC). Nestas, foram realizadas várias combinações de palavras e descritores controlados, selecionados de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), complementados pelos operadores booleanos "*AND*" e "*OR*". O quadro 1 ilustra as estratégias de busca utilizadas em cada base de dados para o rastreamento dos estudos.

Quadro 1- Estratégias de busca utilizadas por bases de dados.

| **Bases de dados** | **Estratégia de busca** |
|---|---|
| PubMed | COVID-19 AND ("mental health" OR wellbeing OR psychological) AND (elderly OR "older adults" OR geriatrics OR aging) |
| LILACS | "Infecções por coronavírus" OR COVID-19 AND "saúde mental" OR "transtorno mental" AND idosos OR geriatria |
| Europe PMC | COVID-19 AND "mental health" AND elderly OR "older adults" |

Fonte: Autores.

Adotaram-se como critérios de inclusão pesquisas realizadas com indivíduos com 60 anos ou mais, independentemente do sexo e *status* socioeconômico; que abordassem como objeto de estudo a saúde mental de forma geral, correlacionando-a com a pandemia de COVID-19; desenvolvidas com diversos grupos etários, mas que incluíssem os idosos em sua amostra; disponíveis para leitura na íntegra. Assim, pesquisas que não apresentaram uma classificação bem definida dos transtornos mentais, que não desenvolveram estudos envolvendo idosos, que não demonstraram uma correlação entre transtorno mental e pandemia de COVID-19 e que não estavam disponíveis para leitura na íntegra, foram excluídas do estudo.

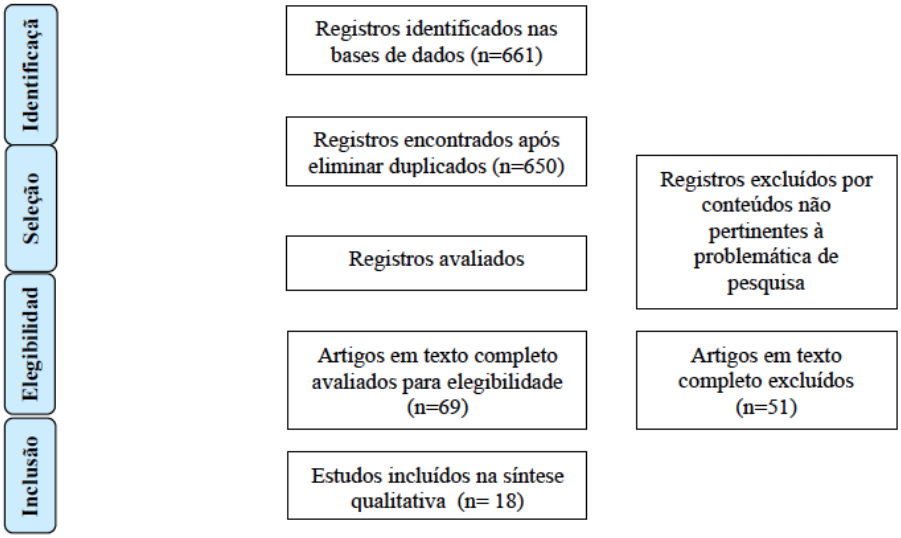
As buscas foram realizadas durante o mês de Outubro de 2020. Na etapa de seleção dos estudos, primeiramente, foram retirados os títulos duplicados, posteriormente, foram avaliados os títulos e resumos e, em seguida, foram lidos na íntegra as publicações que contemplaram os critérios de inclusão. A

análise foi conduzida por dois revisores independentes. Em caso de discordância, um outro revisor foi consultado e houve uma concordância entre eles.

## Resultados e discussão

Xonforme exposto na Figura 1, a combinação dos descritores e palavras revelou (n=661) estudos, nas bases de dados PubMed (n=367), LILACS (n=135) e Europe PMC (n=159). Em seguida, estudos com título e resumo duplicado (n=11), e cujo conteúdo não estava adequado à proposta desta pesquisa (n=581), foram excluídos. No total, (n=69) artigos foram selecionados para sua leitura na íntegra, destes, verificou-se que (n=18) preencheram os critérios de inclusão, tornando-se assim, o *corpus* da análise do presente estudo.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de artigos nas bases de dados selecionadas.




Fonte: Autores

O Quadro 2 ilustra sobre a descrição dos estudos incluídos na presente revisão, no que se refere aos autores, país de origem, amostra, delineamento do estudo, instrumento de coleta de dados e principais resultados e conclusões.

Quadro 2- Descrição dos estudos incluídos na presente revisão.

| Autores | País | Amostra | Delineamento do estudo | Instrumento de coleta de dados | Principais resultados e conclusões |
|---|---|---|---|---|---|
| Liu et al. | China (28 províncias e cidades) | 608 indivíduos de todas as faixas etárias | Transversal | Questionário on-line | Entrevistados mais jovens pareciam ser mais propensos à ansiedade, depressão e anormalidades psicológicas, como fobias, do que os mais velhos, que apresentaram os menores índices de ansiedade e depressão. Em geral, a ansiedade foi mais comum em mulheres do que em homens. |
| Pedrozo-Pupo et al. | Colômbia (Nacional) | 406 indivíduos, dos quais 37 eram idosos | Transversal | Questionário on-line | Houve uma alta prevalência de estresse percebido relacionado à COVID-19 na amostra, incluindo os idosos. |
| Becerra-García et al. | Espanha (Andaluzia , Aragão, Ilhas Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castela e Leão, Catalunha, Comunidad e Valenciana , Madrid, La Rioja, Murcia e Country Basco) | 151 indivíduos de todas as faixas etárias | Transversal | Questionário on-line | Os participantes mais jovens apresentaram níveis mais altos de hostilidade, depressão, ansiedade que os participantes mais velhos. Aqueles que moravam sozinhos referiram piores sintomas, e os que tiveram parentes próximos infectados por COVID-19 relataram níveis mais altos de ansiedade. |
| García-Fernández et al. | Espanha (NI) | 1639 indivíduos, dos quais 150 eram idosos | Transversal | Questionário on-line | Os idosos apresentaram níveis menores de estresse e depressão que indivíduos mais jovens. No entanto, quando o sofrimento emocional estava presente nos idosos, ele ocorria em virtude de perdas econômicas e aumento do uso de ansiolíticos. |
| Goodman-Casanova et al. | Espanha (Málaga) | 93 idosos, sendo 60 mulheres e 33 homens | Transversal | Entrevista por telefone | Os idosos apresentaram um bom nível de saúde física e bem-estar. Porém, os idosos que residiam sozinhos apresentaram maiores níveis de ansiedade, comprometimento na qualidade do sono, tristeza e tédio. |
| Gorrochategi et al. | Espanha (Comunida de Autônoma Basca) | 290 idosos, dos quais 180 eram mulheres e 110 homens | Transversal | Questionário on-line | A maioria dos participantes não relatou estresse, ansiedade ou depressão. No entanto, há uma pequena proporção de idosos que experimentaram níveis leves, moderados, graves e extremamente graves dos três sintomas. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Lara et al. | Espanha (Lleida) | 40 idosos, dos quais 24 eram mulheres e 16 homens | Transversal | Entrevista por telefone | Observou-se que os sintomas neuropsiquiátricos mais frequentes foram apatia e ansiedade. Um terço dos avaliados relatou piora do estado de saúde mental durante o período de isolamento social. |
| López et al. | Espanha (Nacional) | 878 idosos, dos quais 636 eram mulheres e 242 homens | Transversal | Questionário on-line | Os idosos com idade mais avançada apresentaram um maior nível significativo de resiliência e gratidão em relação aos idosos mais jovens. Verificou-se também, que quanto maior o medo da COVID-19, menores eram os níveis de bem estar dos idosos. |
| Losada-Baltar et al. | Espanha (Nacional) | 1310 indivíduos, dos quais 227 eram idosos | Transversal | Questionário on-line | Os idosos apresentaram escores mais baixos em relação à ansiedade e tristeza em comparação às demais faixas etárias. A autopercepção negativa sobre o envelhecimento esteve associada à ansiedade, depressão e solidão em todas as faixas etárias. |
| Klaiber et al. | Estados Unidos da América e Canadá (Nacional) | 776 indivíduos, dos quais 193 eram idosos | Transversal | Questionário on-line | Adultos mais jovens apresentaram maiores preocupações sobre a COVID-19, e embora todas as faixas etárias tenham sido expostas a estressores, os jovens são os mais afetados pelo estresse. Os adultos mais velhos apresentaram melhor bem-estar emocional e melhor enfrentamento do estresse. |
| Bruin | Estados Unidos da América (Nacional) | 6.666 indivíduos, dos quais 2.015 eram idosos | Transversal | Questionário on-line | A percepção de maiores riscos de morte ao adquirir COVID-19 foi mais significativa nos idosos, porém, os mesmos apresentaram uma percepção de menor risco de contrair COVID-19, ficar em quarentena, sem emprego e sem dinheiro, bem como um menor nível de ansiedade e depressão, apresentando assim, uma melhor saúde mental em comparação às outras faixas etárias. |
| Emerson | Estados Unidos da América (Nacional) | 833 idosos, dos quais 670 eram mulheres e 163 homens | Transversal | Questionário on-line | Os idosos relataram estar estressados e solitários, sendo essa solidão intensificada com o distanciamento social da pandemia. |
| Hamm et al. | Estados Unidos da América (Los Angeles, Nova York, Pittsburgh e St Louis) | 73 idosos, dos quais 50 eram mulheres e 23 homens | Transversal | Entrevista qualitativa semiestruturada por telefone | A maioria dos entrevistados não apresentou recaída nos níveis de depressão e ansiedade durante a pandemia. Embora tenham apresentado preocupações com o futuro, os idosos se mostraram resilientes. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| El Haj et al. | França (Nacional) | 58 idosos, dos quais 37 eram mulheres e 21 homens | Transversal | Questionário on-line | Foram observados maiores níveis de depressão e ansiedade nos idosos durante a pandemia de COVID-19, aumento esse atribuído às mudanças drásticas em suas vidas cotidianas decorrentes do isolamento social. |
| Uvais | Índia (NI) | 4 idosos, dos quais 2 eram mulheres e 2 homens | Série de casos | NA | Uma idosa foi diagnosticada com transtorno do pânico; outra com transtorno depressivo recorrente, apresentando insônia e falta de apetite; um idoso foi diagnosticado com transtorno depressivo recorrente; um idoso foi diagnosticado com afeto ansioso. |
| Bergman et al. | Israel (Nacional) | 243 idosos, dos quais 168 eram mulheres e 75 homens | Transversal | Questionário on-line, distribuído em mídias sociais | A preocupação com a saúde e envelhecimento em tempos de COVID-19 foram positivamente relacionados com sintomas de ansiedade, e foi mais fortemente significativo entre indivíduos com idade mais avançada. |
| Gustavsson et al. | Suécia (Nacional) | 1833 idosos, dos quais 1272 eram mulheres e 561 homens | Transversal | Questionário on-line | Cerca de metade dos entrevistados apresentaram diminuição da saúde mental, e relataram que se sentiam deprimidos, tinham problemas para dormir e afirmaram que o isolamento faz com que se sintam mal. |
| Kivi | Suécia (Gotemburgo) | 1071 idosos, dos quais 506 eram mulheres e 565 homens | Longitudinal | Questionário on-line | Não foi detectado efeito negativo da COVID-19 no bem-estar dos idosos. A satisfação com a vida e a solidão não apresentaram mudanças em 2020 em comparação aos anos anteriores. No entanto, aqueles que se preocuparam mais com a pandemia relataram menor bem-estar. |

Legenda: NA = Não se aplica; NI= Não informado. Fonte: Autores.

Ao analisar o Quadro 2, é possível observar que os estudos selecionados foram realizados em países como Canadá, China, Colômbia, Espanha, Estados Unidos da América, França, Índia, Israel e Suécia, sendo a maioria dos entrevistados do sexo feminino. A principal ferramenta de obtenção de dados foi o questionário on-line, uma vez que, durante a pandemia, os pesquisadores estão fazendo amplo uso desse recurso metodológico, tendo em vista a velocidade para obtenção e publicação de informações proporcionada ser particularmente importante em situações de emergências em saúde pública (De Boni, 2020).

Levando em consideração a rápida transmissão do SARS-CoV-2, bem como sua alta taxa de mortalidade entre a população idosa fatores que podem

exacerbar o risco de problemas de saúde mental desses indivíduos e trazer implicações negativas para sua funcionalidade (Yang et al., 2020), os estudos analisados demonstram que os principais sintomas de adoecimento mental no período de pandemia da COVID-19 que acometeram os os idosos avaliados foram: estresse, ansiedade, depressão, medo de morrer, tristeza, solidão, insônia, tédio, transtorno do pânico. Tais achados estão em consonância com estudos anteriores no que se refere ao fato da exposição a emergências de saúde pública ser passível de causar problemas de saúde mental nos indivíduos, fato já verificado quando da pandemia de SARS, em 2003 (Mak et al., 2009) e do surto de Ebola, em 2014 (Shultz et al., 2014; Ji et al., 2017).

Em geral, transtornos de ansiedade são frequentes na população idosa, embora ainda sejam pouco estudados e subnotificados. Essas alterações podem causar impactos negativos na vida do indivíduo acometido com esse distúrbio, que podem prejudicar a qualidade de vida, bem como o desempenho pessoal e profissional (Menta et al., 2020). Apesar disso, alguns estudos têm identificado aumento da ansiedade em idosos em virtude da pandemia da COVID-19, sobretudo em indivíduos com mais avançada idade e que residem sozinhos (Bergman et al., 2020; Goodman-Casanova et al., 2020).

O estudo realizado por Goodman-Casanova et al. (2020) observou que os indivíduos idosos que moravam sozinhos apresentaram maiores efeitos psicológicos negativos, como ansiedade, tristeza e tédio, que podem ter acarretado a perda da qualidade do sono e a dificuldade para dormir, também observadas nesse grupo. Corroborando com esse achado, no estudo de Becerra-García et al. (2020) também foi observado que os participantes que residiam sozinhos apresentaram piores sintomas psicológicos, independentemente da idade.

Isso pode ocorrer devido ao fato de que os indivíduos que moram sós, sobretudo, idosos, podem apresentar maior vulnerabilidade e falta de apoio em caso de problemas de saúde (Camargos & Rodrigues, 2020). Além disso, a literatura tem sugerido a solidão como um grande fator de risco para a saúde mental do idoso, com alguns estudos apontando associação da solidão com presença de sintomas depressivos, problemas de sono, redução do bem-estar subjetivo e aumento de déficits cognitivos em idosos (Silva, 2019; Coleman & O'Hanlon, 2017).

Pesquisas realizadas com amostras de todas as faixas etárias identificaram que indivíduos mais jovens apresentaram níveis maiores de ansiedade, hostilidade, depressão, e estresse que os mais velhos (Becerra-García et al., 2020; Qiu et al. 2020; Bruin, 2020), corroborando com dados encontrados em um

estudo realizado por Losada-Baltar et al. (2020), no qual os idosos da amostra apresentaram escores mais baixos em relação à ansiedade e tristeza em comparação às demais faixas etárias.

Tais resultados podem ser analisados e discutidos com os desfechos encontrados nos estudos de Hamm et al. (2020) e López et al. (2020), que identificaram que os idosos de suas amostras revelaram nível significativo de resiliência, apresentando assim menores níveis de depressão e ansiedade e melhor bem-estar emocional durante a pandemia. Na ciência psicológica, a resiliência é definida como a capacidade de um indivíduo de retornar ao seu estado original, adaptando-se e reequilibrando-se, após vivenciar e experimentar uma situação adversa (Brandão & Nascimento, 2019). Em outras palavras, a resiliência é a habilidade que o indivíduo desenvolve para ultrapassar situações difíceis, tendo o potencial de reagir emocionalmente aos obstáculos e contratempos advindos do meio no qual está inserido, desenvolvendo e reequilibrando, de maneira saudável, suas expectativas iniciais (Bennet, Reyes-Rodriguez, Altamar & Soulsby, 2016).

Foi observada, também, associação positiva entre a prática de atividades físicas e a diminuição da somatização. Constataram que, ao dedicarem algum tempo, diariamente, para a prática de exercícios físicos durante o período de isolamento social, idosos apresentaram sintomas depressivos de menor intensidade e menores escores de somatização (Becerra-García et al., 2020). A somatização consiste em um processo pelo qual o funcionamento mental utiliza o corpo como meio para lidar com as emoções angustiantes e dolorosas (Ferreira & Mello, 2019). Assim, sintomas somáticos são constantes na população idosa e desempenham um importante papel nas desordens psiquiátricas, especificamente nos transtornos de ansiedade, depressão e somatoformes (Gonçalves et al., 2020). Dessa forma, ressalta-se a importância de evidenciar estratégias que tendem a diminuir sintomas somáticos em idosos, além de outras perturbações psiquiátricas.

Outra questão relevante observada em alguns estudos foi a autopercepção negativa acerca do processo de envelhecimento dos indivíduos. Bergman et al. (2020) observaram em seu estudo, realizado com 243 idosos irlandeses, que a preocupação com a saúde e com o envelhecimento estava relacionada com sintomas de ansiedade, sendo mais significativa em indivíduos de maior idade. Além disso, a autopercepção negativa sobre o envelhecimento em todas as faixas etárias foi relacionada a problemas psicológicos como ansiedade, depressão e solidão, em um estudo espanhol realizado com 1.310 participantes

(Bergman et al., 2020). Esses dados corroboram com o estudo de Casaroto (2017), o qual indica que a autopercepção do envelhecimento pode favorecer a incidência de doenças, tanto físicas quanto psicológicas, como ansiedade e depressão, por exemplo, que podem estar relacionadas a fatores como carência, perdas, abandono e/ou à dificuldade de se adaptar à nova etapa de sua vida.

Como visto na maior parte dos estudos analisados, medidas restritivas (quarentena, isolamento e distanciamento social) impactaram na saúde mental do idoso. Dessa forma, tem-se como hipótese que o posicionamento político adotado por diferentes países no combate à pandemia pode ser uma variável que possivelmente influencia na saúde mental do idoso durante o período pandêmico.

O governo da Suécia, por exemplo, no início da pandemia, não adotou estratégias de confinamento total da população, mas sim uma espécie semi-confinamento, por outro lado, a Espanha adotou confinamento total da população (Vidal, 2020). Isso, por sua vez, pode ser apontado como uma possível explicação para o resultado encontrado em um estudo longitudinal desenvolvido na Suécia por Kivi, Hansson & Bjälkebring (2020), no qual, não foi identificado impacto negativo da pandemia de COVID-19 no bem-estar dos idosos, tanto a satisfação com a vida quanto a solidão não apresentaram variações em 2020 em comparação aos anos anteriores. Contudo, na maioria dos estudos desenvolvidos na Espanha foi encontrado sintomas de adoecimento mental na população idosa (Becerra-García et al., 2020; Goodman-Casanova et al., 2020; Gorrochategi et al., 2020; Lara et al., 2020; López et al., 2020; Losada-Baltar et al., 2020).

Algumas limitações podem ser observadas no presente estudo, uma vez que, por ter contemplado, em sua maioria, estudos transversais, torna-se difícil elucidar com precisão as relações causais entre a pandemia da COVID-19 e a saúde mental dos idosos. Assim, a realização de estudos longitudinais adicionais, como estudos de coorte, é incentivada, visando aprimorar as evidências científicas existentes a respeito da temática. Embora a quantidade total de indivíduos avaliados tenha sido grande, a maioria das pesquisas foi realizada on-line, o que aumenta a chance de vieses por parte dos entrevistados, bem como pode implicar em menor participação de idosos, a depender do recurso tecnológico utilizado em questão.

## Considerações finais

Para esse novo cenário de pandemia da COVID-19, é essencial atentar para a saúde mental da população, sobretudo, para os grupos de risco, em especial os idosos, tendo em vista que o medo da contaminação e infecção, bem como as medidas adotadas para diminuição do contágio (quarentena, distanciamento e isolamento social), podem repercutir negativamente no psicológico dos indivíduos, desencadeando transtornos mentais.

Os resultados do presente estudo indicam que os idosos estão vulneráveis ao adoecimento mental durante a pandemia de COVID-19. Os transtornos mentais mais frequentemente identificados nas pesquisas avaliadas foram: ansiedade, depressão e estresse. Destaca-se que a resiliência e a prática de atividades físicas foram consideradas fatores de proteção ao adoecimento mental, todavia, residir sozinho, perdas econômicas, isolamento e distanciamento social foram considerados fatores de risco pelas pesquisas elencadas.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

Afonso, P. O. (2020). O impacto da Pandemia COVID-19 na Saúde Mental. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5): 351-358.

Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S., Shrira, A., Bodner, E. & Palgis, Yuval (2020). COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: the moderating role of ageism. *International Psychogeriatrics,* 1-5. doi:10.1017/S1041610220001258.

Becerra-García, J. A., Giménez Ballesta, G., Sánchez-Gutiérrez, T., Barbeito Resa, S., & Calvo Calvo, A. (2020). Síntomas psicopatológicos durante la cuarentena por Covid-19 en población general española: un análisis preliminar en función de variables sociodemográficas y ambientales-ocupacionales. *Revista Espanola de Salud Publica*, 94, e202006059.

Bennett, K. M., Reyes-Rodriguez, M. F., Altamar, P. & Soulsby, L. K. (2016). Resilience among older colombians living in poverty: na ecological approach. *Journal Cross-Cult Geronthology*, 31(4), 385–407. https://doi.org/10.1007/s10823-016-9303-3

Brandão, J. M., & Nascimento, E. do. (2019). Resiliência psicológica. *Memorandum: Memória História Em Psicologia*, 36, 1-31. https://doi.org/10.35699/1676-1669.2019.6875

Boni, R. B. de. (2020). Websurveys nos tempos de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(7). https://doi.org/10.1590/0102-311X00155820.

Bruin, W. B. Age Differences in COVID-19 Risk Perceptions and Mental Health: Evidence From a National U.S. (2020). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 20(20), 1–6. doi:10.1093/geronb/gbaa074.

Camargos, M. C. S. & Rodrigues, R. N. (2019). Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. *Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 1-20.

Casarotto, V. J. (2017). *Relações entre atividade física, sintomatologia depressiva e autopercepção do envelhecimento em idosas socialmente ativas do município de Porto Alegre/RS* (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Coleman, P. G.; O'Hanlon, A. 2017. Aging and Development: social and emotional perspectives. 2ª edição ed. Oxon, Routledge.

El Haj, M., Altintas, E., Chapelete, G., Kapogiannisg, D. & Galloujb, K. (2020). High depression and anxiety in people with Alzheimer's disease living in retirement homes during the covid-19 crisis. *Psychiatry Research,* 291, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113294.

Emerson, K. G. (2020). Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica,* 44, 1-7. ttps://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81.

Ferreira, L. S. & Mello, M. M. de. (2019). Pacientes Somatizadores na Psicanálise. *Perspectiva: Ciência e Saúde*, 4(2), 138-152.

García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., López-Roldán, P. D., Padilla, S. & Rodriguez-Jimenez, R. (2020). Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak. *Am J Geriatr Psychiatry,* 1-7. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.027.

Gonçalves, D., Afonso, R., Dias, I., Lopes, T., Pereira, H., Esgalhado, M., Monteiro, S. & Loureiro, M. (2020). Sintomas somáticos, sintomatologia depressiva e ansiógena em pessoas idosas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 21(1), 131-136. https://dx.doi.org/10.15309/20psd210120.

Goodman-Casanova, J. M., Dura-Perez, E. Guzman-Parra, J., Cuesta-Vargas, A. & Mayoral-Cleries, F. (2020). Telehealth Home Support During COVID-19 Confinement for Community-Dwelling Older Adults With Mild Cognitive Impairment or Mild Dementia: Survey Study. *Journal of Medical Internet Research,* 22 (5), 1-13. http://www.jmir.org/2020/5/e19434/.

Gorrochategi, M. P., Munitis, A. E., Santamaria, M. D. & Etxebarria, N. O. (2020). Stress, Anxiety, and Depression in People Aged Over 60 in the COVID-19 Outbreak in a Sample Collected in Northern Spain. *Am J of Geriatric Psychiatry*, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.022.

Guinancio, J. C., Sousa, J. G. M. de, Carvalho, B. L. de, Souza, A. B. . T. de, Floriano, A. de A., & Ribeiro, W. A. (2020). COVID-19: Desafios do cotidiano e estratégias de enfrentamento frente ao isolamento social. *Research, Society and Development*, 9(8), e259985474. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5474

Gustavsson, J. & Beckman, L. (2020). Compliance to Recommendations and Mental Health Consequences among Elderly in Sweden during the Initial Phase of the COVID-19 Pandemic - A Cross Sectional Online Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15): 5380. https://doi.org/10.3390/ijerph17155380

Hamm, M. E., Brown, P. J., Karp, J. F., Lenard, E., Cameron, F., Dawdani, A., Lavretsky, H., Miller, P., Mulsant B. H., Pham, V. T., Reynolds C. F., Roose, S. P. & Lenze, E. J. (2020). Experiences of American Older Adults with Pre-existing Depression During the Beginnings of the COVID-19 Pandemic: A Multicity, Mixed-Methods Study. *American Association for Geriatric Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.013

Ishikawa, R. Z. (2020). Talvez eu nunca mais veja o oceano: perda e sofrimento entre os adultos mais velhos durante a pandemia do COVID-19. *Trauma psicológico: Teoria, Pesquisa, Prática Política, 12*(1), 85-86. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000695

Ji, D., Ji, Y., Duan, X., Li, W., Sun, Z., Song, X., Meng, Y., Tang, H., Chu, F., Niu, X., Chen, G., Li, J. & Duan, H. (2017). Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: a cross-sectional study. *Oncotarget*, 8: 12784-12791. https://doi.org/10.18632/oncotarget.14498

Kivi, M., Hansson, I. & Bjälkebring, P. Up and about: Older adults' wellbeing during the COVID-19 pandemic in a Swedish. View *Research Catalogy Entry for this paper*. 1-25, 3037244941.

Klaiber, P., Wen, J. H., De Longis, A. & Sin, N. L. (2020). The ups and downs of daily life during COVID-19: Age differences in affect, stress, and positive events. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 1-22. Doi: 10.1093/geronb/gbaa096.

Lara, B., Carnes, A., Dakterzada, F., Benitez, I. & Piñol-Ripoll, G. (2020). Neuropsychiatric symptoms and quality of life in Spanish patients with Alzheimer's disease during the COVID-19 lockdown. *European journal of neurology*, 1-4. https://doi.org/10.1111/ene.14339

Lima, C., Carvalho, P., Lima, I., Nunes, J., Saraiva, J. S., de Souza, R. I., da Silva, C., & Neto, M. (2020). The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research*, 287, 112915. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915

Lima, C. M. A. O. (2020). Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). *Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem*, 53(2), 5-6. https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1

Liu, X., Luo, W. T., Li, Y., Li, C. N., Hong, Z. S., Chen, H. L., Xiao, F., & Xia, J. Y. (2020). Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China. *Infectious diseases of poverty*, 9(1), 58. https://doi.org/10.1186/s40249-020-00678-3

López, J., Perez-Rojo, G., Noriega, C., Carretero, I., Velasco, C., Martinez-Huertas, J. A., López-Frutos, P. & Galarraga, L. (2020). Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: a comparative study of the young–old. *International Psychogeriatrics*, 6-11.

Mak, I. W., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318-326. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001

Menta, C., Bisol, L. W., Nogueira, E. L., Engroff, P. & Cataldo Neto, A. (2020). Prevalência e correlatos do transtorno de ansiedade generalizada em idosos atendidos em atenção primária. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69(2), 126-130.

Pedrozo-Pupo, J. C., Pedrozo-Cortés, M. J. & Campo-Arias, A. (2020). Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cad. Saúde Pública,* 36(5): 1-7. doi: 10.1590/0102-311X00090520.

Pereira, MD, Oliveira, LC, Costa, CFT, Bezerra, CMO, Pereira, MD, Santos, CKA & Dantas, EHM (2020). The COVID-19 pandemic, social isolation, consequences on mental health and coping strategies: an integrative review. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-35. http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4548.

Perlman, S. (2020) Another decade, another coronavirus. *The New England Journal of Medicine*, 382;8. https://doi.org/10.1056/NEJMe2001126

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B. & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33, 100213. http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213

Reis-Filho, J. A., & Quinto, D. (2020). COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. *SciELO Preprints*, 1–26. doi: https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.54.

Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M. & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 74, 281. https://doi.org/10.1111/pcn.12988

Shultz, J. M., Baingana, F. & Neria, Y. (2015). The 2014 Ebola Outbreak and Mental Health: Current Status and Recommended Response. *Journal of the American Medical Association*, 313(6), 567-8. https://doi.org/10.1001/jama.2014.17934

Silva, D. M. S. N. (2019). *Saúde e Solidão: As relações entre demência e solidão na população idosa da Região Centro* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Silva, C. & Tavares, M. (2020). Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença - Doença por Coronavírus 2019: SARS-CoV-2: Virologia. Disponível em: (http://asset.youoncdn.com/ab296ab30c207ac641882479782c6c34/1a604850da3580f59978bf60ccea04b1.pdf)

Souza, D. O. (2020). A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 2469-2477. http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R.. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo), 8(1), 102–106. doi: https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134.

Tyrrell, C. J. & Williams, K. N. (2020). O paradoxo do distanciamento social: implicações para os idosos no contexto do COVID-19. *Trauma psicológico: Teoria, Pesquisa, Prática e Política, 12*(1), 214-S216. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000845

Uvais, N. A. (2020). Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic Among the Elderly: A Case Series From India. *Prim Care Companion CNS Disord*. 22(4): 1-2. https://doi.org/10.4088/PCC.20com02675.

Vidal, J. P. (2020). Gobernanza de la pandemia Covid- 19 y modelos de gestión: ¿Hacia un nuevo tipo de vínculo sociedad- Estado? Revista do Serviço público. 71(2): 1-23. http://dx.doi.org/xx.xxxxx/rsp.xxxx.

Wilder-Smith, A. & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Jornal of Travel Medicine*, 27(2), 1-4. https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020

Yang, Y., Li, W., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., & Xiang, Y. T. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *The lancet Psychiatry*, 7(4), https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30079-1

# MORTALIDADE POR QUEDAS NO BRASIL – UM ESTUDO LONGITUDINAL

Luiza Gabriela de Araujo Fonseca[1]

**Resumo:** Quedas em idosos representam altas taxas de mortalidade. O presente estudo objetiva caracterizar os óbitos por quedas em adultos brasileiros. Estudo descritivo longitudinal referente aos óbitos por quedas, conforme a CID-10, em adultos brasileiros com idade entre 20 anos e > 80 anos, registrados entre 2000 e 2018. Os dados foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde. Os dados foram coletados em outubro de 2020. As variáveis foram: categoria das quedas, região federativa de residência, sexo, faixa etária, raça, local de ocorrência, escolaridade, estado civil e ano do óbito. A analise estatística foi realizada no software estatístico GraphPad versão 6.0 (San Diego, EUA), As variáveis são descritas em frequência absoluta e relativa. As comparações entre os grupos foram realizadas pelo teste t não pareado e Anova two-way com pos hoc de Tukey, $\alpha<0,05$. Foram observados 180.533 óbitos, sendo 61,59% no sexo masculino, 58,92% na raça branca e 50,60% na região sudeste, além de tendência de aumento nos óbitos com o envelhecimento, apresentando 37,98% dos casos em idosos de 80 à >80 anos. Quanto ao local de ocorrência, 82,93% foram registrados em hospitais. Além disso, foi observado aumento de 306,72% dos óbitos quando comparados os casos nos anos 2000 e 2018. Foram observadas diferenças significativas entre as regiões ($p<0,0001$), sexos ($p=0,001$), faixa etária ($p<0,0001$) e local de ocorrência ($p<0,0001$).

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Acidentes por quedas, Mortalidade.

1 Mestranda em Progama de Ciência da Reabilitação da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, luizafonseca94@gmail.com;

## Introdução

O envelhecimento populacional é estudado mundialmente e no Brasil, principalmente devido a suas repercussões quanto a fragilidade do idoso, interferindo nas alterações do perfil de morbimortalidade da população, além do aumento da incidência de agravos classificados como causas externas, em sua grande maioria de causas evitáveis (GASPAROTTO et al., 2014). No Brasil, entre as causas externas, as quedas representam uma das principais causas de internações hospitalares, representando um problema de saúde pública em ascensão (PINHO et al., 2012; GOMES et al., 2014). Quando a mortalidade, principalmente em idosos, as quedas estão associadas a idade e comorbidade (FRANCO et al., 2016).

As quedas constituem uma das grandes síndromes geriátricas, além de um dos maiores problemas de saúde pública, devido sua natureza multifatorial, incidência dos casos e suas consequências (CRUZ et al., 2012; SHIM et al., 2011). Contudo, estão associadas a restrição na mobilidade, fraturas, depressão, incapacidade funcional, perda da independência e autonomia, institucionalização e declínio da qualidade de vida, assim como implicações socioeconômicas e sobrecarga para os sistemas de saúde (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2010; FINLAYSON & PETERSON, 2010).

Para a American Geriatrics Society (2010), as quedas são definidas como um contato não intencional com a superfície de apoio, resultante da mudança de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido fator intrínseco determinante ou acidente inevitável e sem perda de consciência.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012) cerca de 28% a 35% das pessoas com idade superior a 65 anos de idade sofrem algum episódio de queda anualmente, tal estimativa pode chegar a 32% a 42% para os idosos com mais de 70 anos. Em âmbito mundial, as quedas são responsáveis por 87% das fraturas e 50% das internações nos idosos (SCOTT, 2007).

As taxas de mortalidade de idosos em decorrência de quedas estão aumentando em outros países, em especial nos desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Austrália e nos países em desenvolvimento como Índia, China e Brasil (SIQUEIRA et al., 2011). Milat et al. (2011) observaram que 25,6% da amostra constituída por 5.681 idosos americanos caíram, destes 61% tiveram lesões e 20% foram hospitalizados. Em 2013, as causas externas representaram 151.683 óbitos no Brasil, ocupando o terceiro lugar entre as principais causas

ISBN 978-65-86901-26-9

de morte em adultos (BRASIL, 2011). Por outro lado, foram registrados 8.775 mortes por quedas em 2013, no Brasil (BRASIL, 2015).

Contudo, estudos descrevem que as principais causas de quedas em idosos compreendem, além do uso de medicamentos, problemas ambientais, como piso e iluminação, alterações sensoriais, disfunções neurológicas e musculoesqueléticas (MATHIAS et al., 2006). Fatores estes que podem ser influenciados pelas comorbidades e alterações causadas pelo envelhecimento, nessa perspectiva a utilização de dados acerca da mortalidade e a identificação dos principais tipos de quedas ocorridos entre os idosos evidenciam, para o atendimento à saúde, tanto para o conhecimento da situação de saúde da comunidade quanto para subsidiar políticas públicas.

Dessa forma, devido as repercussões socioeconômicas e funcionais secundárias aos eventos de quedas, além das altas taxas de mortalidade, destaca-se a importância da investigação do evento , assim como a investigação do quantitativo de óbitos decorrente das quedas, a fim de possibilitar auxilio no planejamento e delineamento de estratégias preventivas de tais repercussões e agravos. Contudo, o presente estudo tem como objetivo caracterizar os óbitos por quedas em adultos brasileiros.

## Metodologia

Estudo descritivo longitudinal, com dados secundários, referentes aos óbitos por quedas registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS), gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Tais resultados são decorrentes das Declarações de Óbitos dos cartórios, levando em consideração principalmente a causa básica por quedas, codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde, de acordo com a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10- http://www.cid10.com.br/code), em indivíduos brasileiros com idade entre 20 a maior que 80 anos, no período de 2000 e 2018.

Foram selecionados os óbitos com códigos W00 a W19, pertencentes à categoria “quedas”. As variáveis estudadas foram agrupadas conforme a categorização das quedas, região federativa de residência, sexo, faixa etária, raça, local de ocorrência, escolaridade, estado civil e ano do óbito.

Todos os dados extraídos para análise estão disponíveis na plataforma online do SIM/SUS (link: http://datasus.saude.gov.br/) e foram coletados em outubro de 2020. O armazenamento dos dados foi realizado no programa Microsoft Excel, versão 2013, para posterior análise estatística no software estatístico GraphPad versão 6.0 (San Diego, EUA) para análise dos dados.

A normalidade da amostra foi analisada pelo teste de Komogorov-Smirnov. As variáveis são descritas em frequência absoluta e relativa. As comparações entre os grupos foram realizadas por meio de teste t não pareado e Anova two-way com pos hoc de Tukey. O nível de significância estabelecido foi de $\alpha<0,05$.

Quanto aos aspectos éticos, os dados do estudo são de domínio públicos e de livre acesso, podendo ser acessados no SIM/SUS (http://datasus.saude.gov.br/) não havendo necessidade aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (Resolução nº510 de 07 de abril de 2016), que regulamenta a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). A confidencialidade dos participantes foi preservada de acordo com recomendações do CONEP.

## Resultados e discussão

### Total de óbitos por quedas

Foram observadas 180.533 óbitos por quedas em adultos durante os anos de 2000 e 2018 no Brasil. Sendo observado aumento de 11.818 (306,72%) dos casos quando comparados os anos de 2000 e 2018 ($p<0,0001$).

Além disso, a maior incidência de óbitos foi observada na categoria de quedas sem especificação com 33,87% (n=61.138) dos casos, seguida da categoria de outras quedas do mesmo nível (n=60.647; 33,59%), queda de mesmo nível, escorregão, tropeção ou passos em falso (n=16.453; 9,11%) e queda de ou para fora edifícios outras estruturas com (n=12.970; 7,18%), demonstrado na tabela 1.

**Tabela 1-** Mortalidade por tipo de queda em adultos, entre 2000 e 2018, Brasil.

| Descrição | Regiões | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Categoria CID-10** | **Norte** | **Nordeste** | **Sudeste** | **Sul** | **Centro-Oeste** | **Frequência (%)** |
| W00 Queda mesmo nivel envolvendo gelo e neve | 1 | 7 | 6 | 2 | 0 | 16 (0,01) |

ISBN 978-65-86901-26-9

| Descrição | Regiões | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **W01 Queda de mesmo nível, escorregão, tropeção ou passos em falso** | **855** | **2.029** | **6.695** | **5.643** | **1.231** | **16453 (9,11)** |
| W02 Queda envolvendo patins rodas gelo esquipamento pranch rod | 2 | 11 | 45 | 16 | 3 | 77 (0,04) |
| W03 Outra queda mesmo nivel colissão empurrão o outrapessoa | 15 | 32 | 52 | 20 | 14 | 133 (0,07) |
| W04 Queda enquanto carreg apoiado p/ outr pessoas | 4 | 14 | 51 | 20 | 13 | 102 (0,06) |
| W05 Queda envolvendo uma cadeira de rodas | 10 | 45 | 143 | 66 | 57 | 321 (0,18) |
| W06 Queda de um leito | 192 | 929 | 1.723 | 718 | 436 | 3.998 (2,21) |
| W07 Queda de uma cadeira | 43 | 234 | 419 | 216 | 95 | 1.007 (0,56) |
| W08 Queda de outro tipo de mobilia | 18 | 89 | 155 | 83 | 53 | 398 (0,22) |
| W09 Queda envolvendo equipamento de playground | 27 | 47 | 59 | 23 | 4 | 160 (0,09) |
| W10 Queda em ou de escadas ou degraus | 281 | 865 | 5.018 | 998 | 266 | 7.428 (4,11) |
| W11 Queda em ou de escadas de mão | 39 | 266 | 473 | 232 | 139 | 1.149 (0,64) |
| W12 Queda em ou de um andaime | 138 | 305 | 1263 | 525 | 234 | 2.465 (1,37) |
| **W13 Queda de ou p/fora edificios outras estruturas** | **818** | **1.753** | **6529** | **2.586** | **1.284** | **12.970 (7,18)** |
| W14 Queda de arvore | 810 | 692 | 669 | 436 | 291 | 2.898 (1,61) |
| W15 Queda de penhasco | 12 | 74 | 169 | 77 | 30 | 362 (0,20) |
| W16 Mergulho pulo agua causa outros traumas n afogamento submerso | 74 | 195 | 365 | 140 | 147 | 921 (0,51) |
| W17 Outra quedas de um nivel a outro | 366 | 1.428 | 3.811 | 1.814 | 471 | 7.890 (4,37) |
| **W18 Outra quedas no mesmo nivel** | **1.782** | **11.361** | **31.574** | **8.721** | **7.209** | **60.647 (33,59)** |
| **W19 Queda s/especificação** | **2.764** | **13.630** | **32.134** | **9.248** | **3.362** | **61.138 (33,87)** |
| Total | 8.251 (4,57) | 34.006 (18,84) | 91.353 (50,60) | 31.584 (17,49) | 15.339 (8,50) | 180.533 100,00) |

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS).

No estudo de Abreu et al., (2018), foi observado aumento de 200% quanto a taxa de mortalidade, passando de 1,25 para 3,75/10.000 idosos com incremento de 15% ao ano, entre 1996 e 2012. Tais resultados corroboram com os achados da presente pesquisa.

O aumento observados no periodo estudo pode esta relacionado a implementação de melhor qualidade de registros de saúde, além da informatização do sistema. Contudo, estudos defendem que a variação na qualidade de registro dos sistemas de informação em diferentes localidades pode estar influenciando os resultados observados em outras pesquisas epidemiologicas (ABREU et al, 2018).

No estudo de Araújo et al., (2014), foram observados maior quantitativo de óbitos em indivíduos adultos, residentes do munícipio de Natal/Rio Grande do Norte, por quedas categorizadas como não especificadas (22,50%),

quedas do mesmo nível por escorregão, tropeção ou passos falsos (20,00%), outras quedas do mesmo nível (20,00%) e que corroboram com os achados da presente pesquisa.

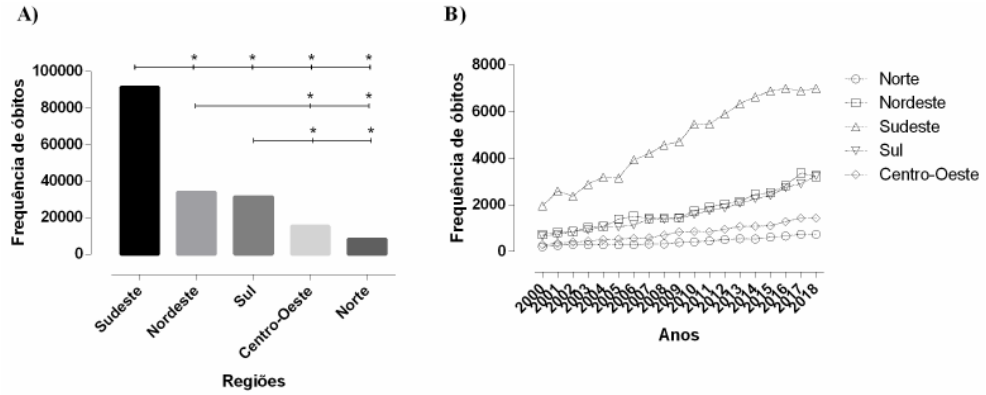
Contudo foi observados elevado percentual de mortalidade por quedas em idosos, o que demonstra a importância do fortalecimento das medidas preventivas, da educação em saúde e da identificação dos fatores de risco para minimizar agravos e mortalidade da população.

## Óbitos por quedas de acordo com região federativa de domicilio

A maior incidência de óbitos foi registrada na região sudeste com 91.353 (50,60%) dos casos, seguido da região nordeste (n=34.006; 18,84%), sul (n=31.584; 17,49%), centro-oeste (n=15.339; 8,50%) e norte (n=8.251; 4,57%). Foi observada diferença estatística entre as regiões (p<0,0001), conforme demonstrado da figura 1A.

Quanto a análise longitudinal, foi observado maior aumento na incidência de óbitos por quedas de 306,72% (n=11.818) quando comparado 2000 e 2018, Sendo a maior variação na região sudeste (n=5.041), seguido da região sul (n=2.602), nordeste (n=2.496), centro-oeste (n=1.147) e norte (n=532), p<0,0001, demonstrado na figura 1B.

**Figura 1-** Frequência de óbitos por quedas de acordo com região federativa, Brasil.




Legenda: * diferença estatística significativa, utilizando o teste de Anova 2-way e pos roc de Tukey. A) incidência total de óbitos por queda de acordo com região; B) Análise longitudinal de óbitos por quedas segundo região, entre 2000 e 2018.

No estudo de Abreu et al., (2018) foram registrados maior quantitativo de óbitos por quedas, entre 1998 e 2012, nas regiões Sudeste, Nordeste, Centro-Oeste, seguido das regiões Sul e Norte. Além de observar perfil semelhante no Distrito Federal e mais 20 capitais federais apresentaram tendência de aumento nas taxas de mortalidade para o sexo masculino e feminino

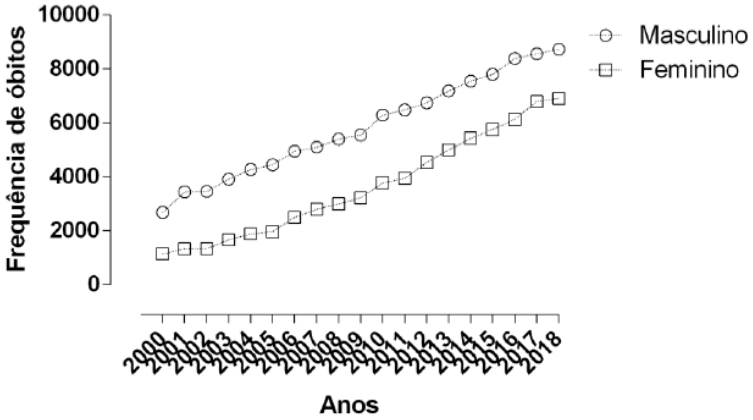
Além disso, Melo et al., (2007) observa que no nível nacional os dados de causas externas são melhores registradas nas regiões Sul e Sudeste do país, o que pode justiticar a diferença encontrada entre as regiões federativas no presente estudo, além do grande aumento observado na analise longitudinal entre 2000 e 2018, que podem esta associados a estrategias de melhor controle e registros da notificações e armazenamento dos dados.

## Óbitos por quedas de acordo com o sexo e raça

Com relação ao sexo foram observados 111.198 (61,69%) dos casos no sexo masculino, 69.318 (38,40%) no feminino e 17 (0,01%) dos casos ignorados. Contudo, foi obsevado diferença estatística entre os sexos (p=0,001). Quanto a analise longitudinal foi observado aumento de 6.054 (51,23%) casos no sexo masculino e 5.767 (48,80%) no sexo feminino, demonstrado na figura 2.

Quanto a raça foram observados 106.371 (58,92%) dos casos na raça branca, seguida de 54.945 (30,43%) na raça parda e 8.725 (4,83%) de casos ignorados.

**Figura 2-** Frequência de óbitos por quedas de acordo com o sexo, Brasil.




ISBN 978-65-86901-26-9

No estudo de Abreu et al., (2018), foi observado taxa de mortalidade maior em indivíduos do sexo masculino no período de 1996 e 2012, corroborando com os resultados encontrados na pesquisa. Além disso, os autores defendem que os estudos que encontraram maior prevalência de quedas em homens associam este fato ao maior envolvimento do homem em atividades físicas intensas e perigosas, ignorando os limites de sua capacidade física e na maioria das vezes estes eventos são mais graves ocasionando internações e óbitos (MESCHIAL et al., 2014).

Por outro lado, estudos sobre quedas na população idosa, no âmbito da atenção pré-hospitalar, observou que a gravidade do traumatismo em homens é maior do que as mulheres (MESCHIAL et al., 2014). Além disso, os homens apresentam maiores condições de co-morbidades quando comparado as mulheres, para o mesmo grupo etário (STEVENS et al., 2007). Portanto, tais aclados reforçam a maior vulnerabilidade do homem em relação às causas externas de morbimortalidade (MARTINS et al., 2013) e podem justificar os achados do presente estudo.

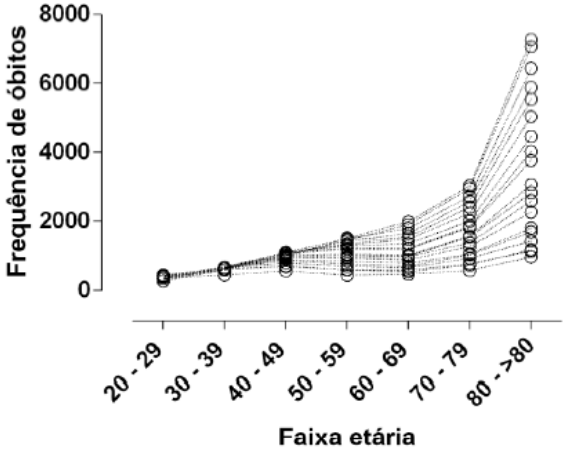
Quanto a raça observou-se maior risco de óbito por queda para a cor de pele branca, indo ao encontro de estudos em que a cor da pele branca esteve relacionada com a queda, mas não com o óbito por queda (GONÇALVES et al., 2008), corroborando com os resultados encontrados também no estudo de Rosa et al. (2015) e na presente pesquisa.

## Óbitos por quedas de acordo com faixa etária

Foi observada tendência de aumento do número de óbitos por queda com o avançar da idade. Sendo a maior incidência de óbitos na faixa etária de 80 a maior que 80 anos (n=58.573; 37,98%), seguida de 70-79 anos (n=32.607; 18,06%), 60-69 anos (n=21.859; 12,11%), 50-59 anos (n=20.244; 11,21%), 40-49 anos (n=18.041; 9,99%), 30-39 anos (n=12.142; 6,73%) e 20-29 anos (n=7.067; 3,91%), demonstrado na figura 3. Além disso, foi observada diferença estatística ($p<0,0001$).

ISBN 978-65-86901-26-9

**Figura 3-** Frequência de óbitos por quedas de acordo com a faixa-etária, Brasil.




O número crescente de quedas com o aumento da idade é demonstrado na literatura (BLAKE et al., 1988; BUENO-CAVANILLAS et al., 2000). Defende-se que como envelhecimento acarreta a perda de equilíbrio e alterações na massa muscular e óssea, além do aumento do risco de quedas. Uma das formas de minimizar essa perda decorrente do envelhecimento é a prática de atividades físicas. Dados atuais indicam que a prática de atividade física na adolescência e idade adulta diminui a ocorrência de quedas, osteoporose e outras doenças crônicas (SHEPARD et al., 1995). Estudos anteriores mostraram que a utilização de medicamentos aumenta a ocorrência de quedas (ZIERE et al., 2006).

No estudo de Rosa et al., 2015, foi observado que idosos com 80 anos ou idade superior possuíam maior risco de óbito por queda, sendo que nessa faixa etária, o idoso tem 133% mais chance de ocorrência de óbito por queda em relação aos idosos de 60 a 69 anos. Nos estudos de Aguiar & Assis (2009) e Pereira et al., (2013). encontraram, respectivamente, 29,6% e 20,8% de quedas em idosos com 80 ou mais de 80 anos de idade, o que corrobora com os achados do presente estudo.

Por outro lado, no estudo de Rosa et al., (2015), foi observado que os homens apresentaram maiores coeficientes de mortalidade por queda quando comparado as mulheres para as faixas de 60 a 79 anos. Contudo, na faixa de 80 anos ou mais anos de idade, as mulheres se sobrepõem aos homens. Em seu estudo, os coeficientes aumentaram com o avançar da idade dos idosos, atingindo o valor de 113,24 óbitos para cada 100 mil idosos de 80 anos ou mais. Resultado semelhante foi encontrado no estado de São Paulo,

em 2007, por outro autor para essa faixa de idade (115,8/100 mil idosos) (GAWRYSZEWSKI, 2010).

Estudos defendem possiveis causas de maior incidência de quedas com o avançar da idade, como por exemplo os fatores como maior oscilação da marcha, fragilidade e incapacidade funcional, bem como maior número de doenças crônicas (DEANDREA et al., 2010). Além disso, Cruz et al., (2012) defendem que o processo de envelhecimento acarretam alterações estruturais e funcionais que se acumulam de forma progressiva com o avançar da idade, comprometendo o desempenho de atividades motoras e a adaptação ao ambiente, contribuindo para a ocorrência da queda. O que corroboram com a necessidade de maior investigação sobre a causas primárias de quedas em idosos para promoção de medidas preventivas de combate e controle.

## Óbito por quedas de acordo o local de ocorrência

Foi observada maior incidência de óbitos por quedas em hospitais (n= 148.633, 82,93%), seguido de 16.570 (9,18%) casos em domicilio, 7.577 (4,20%) outros locais, 3.926 (2,17%) em via pública, 3.460 (1,92%) em outros estabelecimentos de saúde e 367 (0,20%) de casos ignorados, demonstrado na tabela 2. Ainda foi observada diferença estatística significativa entre os locais de ocorrência (p<0,0001).

**Tabela 2-** Incidência de óbitos por quedas de acordo com local de ocorrência, brasil.

**Local de ocorrência**

| Ano do Óbito | Local de Ocorrência | | | | | | Total de óbitos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Hospital | Outro estabelecimento de saúde | Domicílio | Via pública | Outro | Ignorado | |
| 2000 | 3.061 | 31 | 390 | 151 | 188 | 32 | 3.853 |
| 2001 | 3.790 | 45 | 473 | 194 | 273 | 18 | 4.793 |
| 2002 | 3.784 | 40 | 470 | 183 | 325 | 16 | 4.818 |
| 2003 | 4.421 | 88 | 546 | 206 | 292 | 38 | 5.591 |
| 2004 | 4.936 | 134 | 574 | 169 | 330 | 34 | 6.177 |
| 2005 | 5.132 | 122 | 622 | 183 | 330 | 47 | 6.436 |
| 2006 | 6.027 | 96 | 733 | 194 | 393 | 23 | 7.466 |
| 2007 | 6.349 | 115 | 840 | 222 | 379 | 20 | 7.925 |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2008 | 6.819 | 114 | 873 | 227 | 379 | 16 | 8.428 |
| 2009 | 7.215 | 135 | 822 | 245 | 377 | 14 | 8.808 |
| 2010 | 8.363 | 169 | 918 | 213 | 403 | 14 | 10.080 |
| 2011 | 8.686 | 182 | 946 | 227 | 392 | 15 | 10.448 |
| 2012 | 9.460 | 188 | 977 | 215 | 445 | 11 | 11.296 |
| 2013 | 10.112 | 242 | 1.123 | 242 | 484 | 17 | 12.220 |
| 2014 | 10.861 | 280 | 1.166 | 214 | 481 | 12 | 13.014 |
| 2015 | 11.412 | 265 | 1.207 | 200 | 483 | 13 | 13.580 |
| 2016 | 12.170 | 383 | 1.211 | 213 | 562 | 8 | 14.547 |
| 2017 | 12.914 | 414 | 1.296 | 199 | 547 | 12 | 15.382 |
| 2018 | 13.121 | 417 | 1.383 | 229 | 514 | 7 | 15.671 |
| | 148.633 | 3.460 | 16.570 | 3.926 | 7.577 | 367 | 180.533 |
| Total | (82,33) | (1,92) | (9,18) | (2,17) | (4,20) | (0,20) | (100,00) |

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS).

A queda intra-hospitalar é um dos eventos adversos mais frequentes e contribui para o aumento da morbimortalidade, do tempo de internação dos pacientes e da elevação dos custos assistenciais. Além disso, pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados (COSTA et al., 2011). No Brasil, em 2014, a queda foi o terceiro evento adverso mais notificado por hospitais (ANVISA, 2015).

*Óbitos por quedas de acordo com escolaridade e estado civil*

Foram observados 39693 (21,99%) óbitos em sujeitos com escolaridade entre 4 e 7 anos, seguido de 39166 (21,69%) entre 1 e 3 anos de escolaridade e 25.740 (14,26%) em adultos considerados analfabétos. Contudo, fora registrados 48.981 (27,13%) dos registros com ignorados, demonstrado na tabela 3.

Quanto ao estado civil, foram observados 60.792 (33,67%) dos óbitos entre sujeitos casados, 50.520 (27,98%) dos casos em individuos viuvos e 45.730 (25,33%) em individuos solteiros, demonstrado na tabela 3.

**Tabela 3-** Incidência de óbitos por quedas segundo escolaridade e estado civil.

| | **Estado civil (%)** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Escolaridade** | **Solteiro** | **Casado** | **Viúvo** | **Separado** | **Outro** | **Ignorado** | **Total** |
| Nenhuma | 6.928 | 6.183 | 11.021 | 519 | 363 | 726 | 25.740 (14,26%) |
| 1 a 3 anos | 9.579 | 13.683 | 12.738 | 1.824 | 610 | 732 | 39.166 (21,69%) |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 a 7 anos | 11.237 | 15.026 | 9.547 | 2.664 | 648 | 571 | 39.693 (21,99%) |
| 8 a 11 anos | 6.045 | 7.903 | 3.834 | 1.819 | 435 | 302 | 20.338 (11,27%) |
| 12 anos e mais | 1.618 | 2.809 | 1.242 | 739 | 107 | 100 | 6.615 (3,66%) |
| Ignorado | 10.323 | 15.188 | 12.138 | 2.288 | 454 | 8.590 | 48.981 (27,13%) |
| Total | 45.730 (25,33%) | 60.792 (33,67%) | 50.520 (27,98%) | 9.853 (5,46) | 2.617 (1,45%) | 11.021 (6,10%) | 180.533 (100,00%) |

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS).

No estudo de Rosa e colaboradores (2015), foi observado maior incidência dos casos de óbitos por quedas em individuos viuvos. Segundo Siqueira et al., (2011) o fato de morar sozinho, que ocorre com maior frequência nessa condição, poderia delegar ao idoso tarefas que, associadas à instabilidade postural, causariam maior número de situações de risco para quedas. O que pode explicar a maior incidência de casos em individuos viuvos e solteiros, comparados a individuos casados.

Quanto a escolaridade, estudos defendem não observar diferença significativa nos riscos de óbitos por queda em função da escolaridade (Rosa et al., 2015). No estudo de Paula et al., (2010) a maioria dos idosos internada por queda possui escolaridade até o primário incompleto. Pereira et al.(2013) defendem que idosos com mais anos de estudo possuem menor risco para quedas, fato que pode estar relacionado a maior renda em idosos com maior escolaridade, e consequentemente, melhores condições de moradia e acesso à saúde, o que não foi comprovado no presente estudo para óbitos por queda de Rosa et al., (2015). Porém corroboram com os achados do presente estudo.

## Considerações finais

O presente estudo observa que a mortalidade por quedas em individuos adultos brasileiros representam um problema de saude pública, com diferenças regionais, entre sexos e faixa-etária. Os resultados deste estudo além de monitorar o agravo no tempo podem auxiliar ao planejamento de recursos tecnológicos e humanos para prevenção e controle do agravo. Dessa forma, sugere-se maiores investigações quanto a causa da queda e associações com comorbidades existentes. Além disso, a investigação local e regional da

população alvo, pode sugerir embasamento para novas propostas de enfrentamento dos agravos e estatégias de prevenção para minimizar o quantitativo de óbitos a nível local.

Destaca-se como limitações do presente estudo, a utilização de dados secundários, a cobertura, a qualidade da informação e armazenamento dos dados, que limitam o número de variáveis além da investigação mais aprofunda dos fatos, na qual poderiam ser relevantes para a análise e investigações de fatores associados ao agravo. Com relação ao SIM, este sofre influência em função da melhoria da qualidade das informações registradas nas declarações de óbitos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. Incidentes relacionados à assistência à saúde – 2015 [Internet]. Brasília (DF): ANVISA; 2015.

AGUIAR CF, ASSIS M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. 12(3):391-404, 2009.

American Geriatrics Society; British Geriatrics Society. AGS/BGS Clinical practice guideline: for prevention of falls in older persons [Internet]. New York: AGS; 2010.

BLAKE AJ, MORGAN K, BENDALL MJ, DALLOSSO H, EBRAHIM SB, ARIE TH, et al. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. **Age Ageing.** 17(6):365-72, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Datasus. Informações de Saúde [base de dados na Internet]. Brasília: 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.

BUENO-CAVANILLAS A, PADILLA-RUIZ F, JIMENEZ-MOLEON JJ, PEINADO-ALONSO CA, GALVEZ-VARGAS R. Risk factors in fall among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. **Eur J Epidemiol.** 16(9):849-59, 2000.

COSTA SG, MONTEIRO DR, HEMESATH MP, ALMEIDA MA. Caracterização das quedas do leito sofridas por pacientes internados em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**.;32(4):676-81, 2011.

CRUZ DT, RIBEIRO LC, VIEIRA MT, TEIXEIRA MTB, BASTOS RR, LEITE ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev Saúde Pública.** 46(1):138-46. 2012.

ISBN 978-65-86901-26-9

DEANDREA S, LUCENTEFORTE E, BRAVI F, FOSCHI R, LA VECCHIA C, NEGRI E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. **Epidemiology**. 21(5):658-68, 2010.

FINLAYSON ML, PETERSON EW. Falls, aging and disability. **Phys Med Rehabil Clin North Am**. 21(2): 357-73, 2010.

FRANCO LG, KINDERMANN AL, TRAMUJAS L, KOCK KS. Fatores associados à mortalidade em idosos hospitalizados por fratura de fêmur. **Rev Bras Ortop.** 51(5):509-514, 2016.

GASPAROTTO LPR, FALSARELLA GR, COIMBRA AMV. Falls in elderly: basics concepts and updates of research in health. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 17(1):201-209, 2014.

GAWRYSZEWSKI VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de são Paulo. **Rev Assoc Med Bras**. 56(2):162-7, 2010.

GOMES ECC, MARQUES APO, LEAL MCC, BARROS BP. Factors associated with the danger of accidental falls among institutionalized elderly individuals: an integrative review. **Cien Saude Colet [serial on the Internet]**. 19(8):3543-3551, 2014.

GONÇALVES LG, VIEIRA ST, SIQUEIRA FV, HALLAL PC. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. **Rev Saúde Pública**. 42(5):1-8, 2008.

MARTINS ET, BOING AF, PERES MA. Motorcycle accident mortality time trends in Brazil, 1996-2009. **Rev Saude Publica.** 47(5):931-941,2013.

MATHIAS TAF, JORGE MHPM, ANDRADE OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Rev Latinoam Enferm.** 14(1): 17-24, 2006.

MELLO JORGE MHP, LAURENTI R, GOTLIEB SLD. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Cien Saude Colet.** 12(3):643-654, 2007.

MESCHIAL WC, SOARES DFPP, OLIVEIRA NLB, NESPOLLO AM, SILVA WA, SANTIL FLP. Elderly victims of falls seen by pre hospital care: gender differences. **Rev Bras Epidemiol**. 17(1):3-16, 2014.

MILAT JÁ, WATSON WL, MONGER C, BARR M, GIFFIN M, REID M. Prevalence, circumstances and consequences of falls among community-dwelling older people: results of the 2009 NSW Falls Prevention Baseline Survey. N. S. W. **Public Health Bull**. 22(3-4):43- 8, 2011.

PAULA FL, DA FONSECA MJM, DE OLIVEIRA RVC, ROZENFELD S. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). **Rev Bras Epidemiol.** 13(4):587-95, 2010.

PEREIRA GN, MORSCH P, LOPES DGC, TREVISAN MD, RIBEIRO A, NAVARRO JHN, et al. Fatores socioambientais associados à ocorrência de quedas em idosos. **Ciênc Saúde Coletiva** 18(12):3507-14, 2013.

PINHO TAM, SILVA AO, TURA LFR, MOREIRA MASP, GURGEL SN, SMITH AAF, BEZERRA VP. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP.** 46(2):320-327, 2012.

ROSA TSM, MORAES AB, PERIPOLLI A, SANTOS FILHA VAV. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. Rev. **Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 18(1):59-69, 2015.

SCOTT V. World Heath Organization Report: prevention of Falls in Older Age. [Internet]. Geneva: WHO; 2007.

SHEPARD RJ. Physical activity, fitness and health: the current consensus. **Quest.** 47(3):228-303,1995.

SHIM EY, MA SH, HONG SH, LEE SN, PAIK WY, SEO DS et al. Correlation between frailty level and adverse health-related outcomes of community-dwelling elderly, one year retrospective study. **Korean J Fam Med.** 32(4):249-56, 2011.

SIQUEIRA FV, FACCHINI LA, SILVEIRA DS, PICCINI RX, TOMASI E, THUMÉ E, et al, Prevalence of falls in elderly in Brazil: a countrywide analysis. **Cad Saúde Pública.** 27(9):1819-26, 2011.

STEVENS JA, RYAN G, KRESNOW M. Fatalities and injuries from falls among older adults – United States, 1993- 2003 and 2001-2005. **JAMA**. 297(1):32-33, 2007.

World Health Organization (WHO). Falls. Fact sheet N° 344. [Internet]. 2012.

ZIERE G, DIELEMAN JP, HOFMAN A, POLS HA, CAMMEN TJ, STRIEKER BH. Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. **Br J Clin Pharmacol.** 21(2):218-23, 2006.

# NECESSIDADES DE SAÚDE DE IDOSOS: AÇÕES NAS ESF DE UM DISTRITO DE PORTO ALEGRE[1]

Eliane Mattana Griebler[2]
Andréa Kruger Gonçalves[3]

**Resumo:** A transição demográfica é uma realidade atual na sociedade brasileira, a partir desse fenômeno a faixa etária que mais cresce é a de indivíduos com mais de 60 anos. O objetivo foi identificar as ações existentes nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e sua efetividade a partir da percepção de idosos e gestores. O estudo foi qualitativo descritivo exploratório e a amostra foi de 10 idosos e 8 gestores. Os instrumentos utilizados foram: entrevistas, questionários abertos e diários de campo, os quais fazem parte de um estudo maior. Os resultados foram analisados a partir da análise de conteúdo. Foram encontradas inicialmente cinco categorias: Ações: o que acontece – ou não - na ESF; Percepções de saúde; Forever Young: para sempre jovem?; Vínculo e Necessidade de escuta. Para a realização deste estudo, optou-se por discutir a categoria Ações: o que acontece – ou não - na ESF, como forma mais aprofundada de análise. Identificou-se que nem todas as ESF ofertam ações voltadas aos idosos. Algumas apresentam grupos específicos para outros fins e os idosos são o maior público atendido, mas em geral o foco é um problema de saúde.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Serviços de saúde para idosos; Sistema único de saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

1 Este artigo é um recorte da dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS pela autora principal sob orientação da co-autora deste estudo.

2 Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Rio Grande do Sul - UFRGS, eliane.griebler@ufrgs.br;

3 Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Rio Grande do Sul - UFRGS, andreakg@ufrgs.br;

## Introdução

A transição demográfica é uma realidade atual na sociedade brasileira, a partir desse fenômeno a faixa etária que mais cresce é a de indivíduos com mais de 60 anos. Indicadores apontaram um aumento na população idosa, de 9,7% para 13,7%, enquanto houve uma diminuição de pessoas de 0 a 29 anos de idade, de 54,4% para 45,7%. O Rio Grande do Sul é um dos Estados que apresenta a maior proporção de idosos, havendo cerca de 1 idoso em cada 6 pessoas. Conforme dados estimados, no ano de 2000 a 2010 a população gaúcha apresentou aumento na expectativa de vida, de 68 para 72 anos de idade para homens e de 76 para 79 anos de idade para mulheres (IBGE, 2015).

O processo de envelhecimento é caracterizado como uma fase de mudanças e adaptações, embora não da mesma forma e nem na mesma época para todas as pessoas (LITVOC; BRITO, 2004; ALVES, 2014). As mudanças no perfil dos idosos estão relacionadas a múltiplas dimensões, desde fatores referentes à epidemiologia - alterações nas causas de morbimortalidade ou nos fatores demográficos - até mesmo questões sociais que influenciam a realidade da população idosa. A ação de envelhecer é considerada um processo universal, dinâmico e irreversível, sendo um fenômeno dinâmico e progressivo, geralmente caracterizado por alterações morfológicas, físicas, psicológicas, fisiológicas e bioquímicas que tendem a agravar as condições de vida da pessoa idosa (DANTAS et al., 2017; COELHO et al., 2013).

A realidade demográfica atual provoca a necessidade de uma nova organização social para atender a este grupo populacional, bem como suas demandas específicas. O envelhecimento deve ser visto como um processo natural que acarreta mudanças inevitáveis e graduais, relacionadas com a idade, podendo ser influenciadas de acordo com o estilo de vida de cada um (CIOSAK et al., 2011; VALER et al., 2015). Fatores educacionais, de saúde e de personalidade, bem como do nível intelectual global e capacidades mentais específicas podem contribuir para o declínio gradual das funções físicas e cognitivas no envelhecimento (CRUZ et al., 2015).

Estudos atuais (PAGAC, 2018) ressaltam a relevância da prática regular de atividades físicas para a população idosa e seus benefícios nesta faixa etária. Os benefícios decorrentes da atividade física regular são biológicos (manutenção ou melhora da aptidão cardiorrespiratória, da força muscular, da flexibilidade, redução das quedas) (PIZZIGALLI et al., 2011; GRIEBLER

ISBN 978-65-86901-26-9

;et al., 2015; PIZZIGALLI et al., 2016; GONÇALVES et al., 2017; LEE et al., 2017, TOMÁS et al., 2018; PAGAC, 2018), psicológicos (melhora da autoestima, redução dos sintomas depressivos) (HO et al., 2011; AKARSU et al., 2019) e sociais (aumento da interação social com respectivo melhora do convívio social, bem como da rede de apoio) (DICKINSON et al., 2011; PAGAC, 2018). Percebe-se que a inatividade física é o comportamento de aproximadamente 20% a 30% da população, sendo mais frequente entre idosos, mulheres e pessoas em situação socioeconômica mais vulnerável (HALLAL et al., 2012; DAHER et al., 2018). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, apontam que apenas 37% da população com mais de 60 anos atinge níveis recomendados de atividade física (MALTA et al., 2015).

A partir dessa demanda, as ações de promoção da saúde aparecem como uma estratégia de apoio para a mudança de estilo de vida do idoso. A incorporação de um estilo de vida mais ativo passa a levar em conta o meio em que o indivíduo está inserido e todas as variáveis que influenciam nesse processo. Deixa-se de pensar primeiro na doença e passa-se a priorizar o indivíduo, assim como tudo que o cerca. Nesse contexto, os idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atualmente se apoiam em alguns recursos como as políticas públicas voltadas para essa faixa etária, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (PNI) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Tais propostas, sob a visão da Saúde Coletiva surgiram para assegurar os direitos da pessoa idosa, principalmente os que se referem à saúde, sendo permeadas pelas diretrizes e pelos princípios do SUS. Justamente pelo caráter que assumem é que se pretendeu investigar essa parcela da população idosa, que utiliza esses recursos, mais especificamente suas demandas de saúde.

Para Medeiros et al. (2017), a organização da atenção à saúde do idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde não deve apenas privilegiar o diagnóstico e o tratamento das doenças. O que de fato importa, é que antes disso os atores envolvidos se preocupem em ofertar um cuidado a essa parcela da população, que contemple, além destas questões, a promoção à saúde e ações preventivas e curativas, articuladas, de modo a garantir a integralidade. Azevedo, Pezzato e Mendes (2017) ainda acrescentam que no campo da saúde, espera-se que o trabalho se dê a partir de um diálogo efetivo entre as mais diferentes áreas, pactuando ações comuns para o cuidado do usuário. Todavia, estas ações nem sempre são comuns, ao contrário, quando ocorrem são isoladas com cada área se preocupando apenas com o que se refere ao seu saber específico, sem considerar a complexidade das condições de vida e saúde da população atendida.

Ressalta-se a importância do conhecimento sobre as ações de saúde desenvolvidas com a população idosa e como as demandas de saúde são identificadas. A partir do levantamento, novas ações podem ser propostas e, assim, proporcionar melhor atendimento dessa faixa etária. A partir de uma visão mais holística sobre o processo de envelhecimento, se faz possível observar aspectos relevantes que ainda interferem na vida do idoso. Partindo desses pressupostos, o objetivo deste estudo é identificar a oferta de ações nas Estratégias de Saúde da Família do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal em Porto Alegre (RS) existentes e sua efetividade a partir da percepção do idoso e do gestor.

## Metodologia

### Tipo de estudo

Este é um estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório. As pesquisas de cunho qualitativo atualmente ocupam um lugar reconhecido entre as muitas possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas nos mais diversos ambientes (SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009; GÜNTHER, 2006; THOMAS; NELSON, 2002). De acordo com Minayo (2010), a pesquisa qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, identificando esse método como um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos simplesmente à operacionalização de variáveis. Um determinado fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual faz parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada.

Para Gil (2008), a pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o problema. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. As pesquisas descritivas caracterizam-se frequentemente como estudos que procuram determinar status, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. A sua valorização está baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se os questionários, as entrevistas e as observações (MINAYO, 2010; SILVEIRA; CÓRDOVA, 2009).

ISBN 978-65-86901-26-9

## Lócus da pesquisa

Na saúde, a territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos seus processos de trabalho e das suas práticas, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005). Em Porto Alegre, o território e a sua população de 1.409.351 habitantes estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS), com suas especificidades e vulnerabilidades locais. Cada Distrito é destinado à uma Universidade para a realização de suas práticas assistenciais. Dentro do Distrito Assistencial destinado à UFRGS, as unidades de saúde escolhidas para a realização da pesquisa foram as ESF. Segundo o Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre, a ESF é mais recente em Porto Alegre do que a atenção à saúde através das Unidades Básicas de Saúde. É entendida como uma reorientação do modelo assistencial, que resgata o conceito ampliado de saúde e as outras formas diferentes de intervenção junto ao usuário, bem como sua família e a comunidade de maneira geral. Quantitativamente, Porto Alegre conta com 189 ESF, instaladas em 94 Unidades de Saúde da Família.

## População e amostra

A partir de uma ideia central de pesquisa, que foi investigar as necessidades de saúde da população idosa atendida nas ESF de um dos oito distritos assistenciais de saúde de Porto Alegre, foram delimitados os demais objetivos da pesquisa referida. Para dar mais fidedignidade aos dados coletados, optou-se por abordar os idosos que utilizam algum dos serviços de saúde (vacinação, consultas médicas, inalações, injeções, curativos, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica) nestas ESF. Da mesma forma optou-se por abordar gestores que estivessem no cargo há algum tempo e correspondem aos critérios de inclusão estabelecidos na pesquisa.

Para a escolha dos sujeitos participantes da pesquisa foram adotados diferentes critérios de inclusão e exclusão para idosos e gestores. Os critérios de inclusão para que os idosos fizessem parte do estudo foram: ter no mínimo 60 anos de idade no início da pesquisa; se declarar usuário de serviços oferecidos na ESF (vacinação, consultas médicas, inalações, injeções, curativos, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica) no período de

ISBN 978-65-86901-26-9

12 meses; e saber ler e escrever. Os critérios de exclusão foram: capacidade cognitiva comprometida (a partir da avaliação do Mini-Mental); apresentar problema relacionado à comunicação que impossibilite ou dificulte a realização de entrevista (problema de audição e/ou fala).

Para a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (Mini-Mental) o procedimento se deu por meio de aproximação mediado pelo gestor e/ou sua equipe de trabalho. Esse, por sua vez, indicou qual a melhor forma de abordagem dos indivíduos idosos. Para a avaliação do instrumento foi adotado um ponto de corte na pontuação total, que foi limitador na escolha do indivíduo. A abordagem para a aplicação do teste realizou-se após a entrevista com os idosos. Quando o idoso não atingiu o ponto de corte, os resultados do instrumento foram repassados para a unidade e esses idosos foram encaminhados ao serviço de saúde que mais se adapte às suas necessidades. Nesses casos foi realizada da mesma forma a entrevista, porém não foi colocado como parte da amostra.

O escore do Mini-Mental pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde à melhor capacidade cognitiva. De acordo com a literatura (MARTINS et al., 2017; BRUCKI et al., 2003) o ponto de corte desse instrumento indicado para a população idosa pode variar conforme tabela a seguir.

Tabela 1 - Pontos de corte para avaliação do rastreio cognitivo (BRUCKI et al., 2003)

| ESCOLARIDADE | PONTUAÇÃO |
|---|---|
| Analfabetos | ≥ 20 pontos |
| 1 a 4 anos de escolaridade | ≥ 25 pontos |
| 5 a 8 anos de escolaridade | ≥ 26,5 pontos |
| 9 a 11 anos de escolaridade | ≥ 28 pontos |
| + de 11 anos de escolaridade | ≥ 29 pontos |

Quanto aos gestores, os critérios de inclusão para fazer parte do estudo foram: ser gestor da unidade de saúde ESF há no mínimo 6 meses; participar da reunião de gestores para preenchimento do instrumento ou se mostrar disponível quando abordado para o preenchimento do mesmo. O critério de exclusão foi não estar temporariamente ocupando a função de gestor da ESF (vice gestão ou sub gestão, substituto de gestão).

ISBN 978-65-86901-26-9

Foram entrevistados idosos de 10 ESF (um de cada). Inicialmente, delimitou-se que em cada ESF seria entrevista inicialmente um idoso e adotado o critério de saturação teórica. Se fosse necessário, seriam entrevistadas mais pessoas do mesmo local, o que não ocorreu. Para Fontanella, et al. (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente utilizada em pesquisas qualitativas em diferentes áreas, inclusive no campo da saúde. É empregada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes.

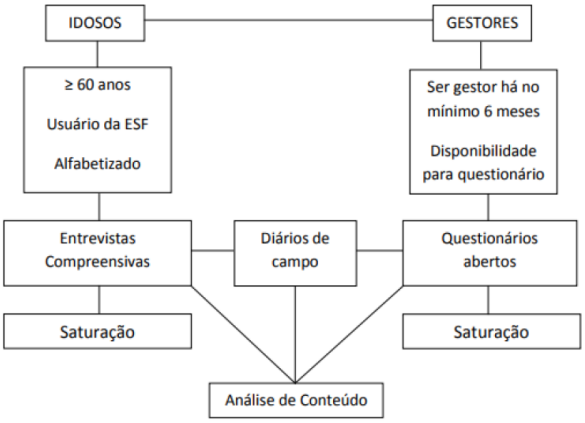
Cada participante teve um código, que foi utilizado em cada um dos instrumentos, para garantir o seu anonimato. A ordem desses códigos deu-se de maneira aleatória, sem seguir nenhum tipo de sequência. Apenas a pesquisadora responsável terá acesso ao participante e seu código.

## Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram definidos de acordo com a proposta do trabalho. Para cada situação foi escolhido o método que melhor atendesse a proposta do estudo, sendo assim, os instrumentos escolhidos foram as entrevistas compreensivas com o idosos, questionários com questões abertas aplicados aos gestores e os diários de campo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, no mesmo dia em que cada uma foi realizada. A análise dos resultados baseou-se na análise de conteúdo com estabelecimento das categorias a posteriori e semânticas proposta por Bardin (2011), optando-se por realizar a análise em conjunto dos instrumentos, conforme Figura 1.

Figura 1- Organograma referente à metodologia




Fonte: Griebler, (2016).

ISBN 978-65-86901-26-9

### Análise dos dados

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção e/ou recepção destas mensagens. Foram estabelecidas categorias a posteriori e semânticas.

Foram encontradas inicialmente cinco categorias: Ações: o que acontece – ou não - na ESF; Percepções de saúde; Forever Young: para sempre jovem?; Vínculo e Necessidade de escuta. Para a realização deste estudo, optou-se por discutir a categoria *Ações: o que acontece – ou não - na ESF*, como forma mais aprofundada de análise.

### Considerações éticas

Esse estudo integra uma pesquisa aprovada pelos comitês de ética da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMSPA), sob os protocolos de nº 29729 e 1.388.382, respectivamente. Foram garantidos aos participantes os direitos de sigilo, voluntariado e desistência de participação na pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

Após a análise de conteúdo de todas as cinco categorias emergentes, neste recorte do estudo optou-se por aprofundar a discussão realizada sobre as questões referentes a categoria: *Ações: o que acontece – ou não - na ESF*. Para tanto, levou-se em consideração os achados das entrevistas, dos questionários e também dos diários de campo realizados ao longo da pesquisa.

A partir das respostas dos gestores aos questionários, três deles disseram não haver nenhum tipo de atividade com os idosos em suas ESF. Os demais gestores disseram ter em suas estratégias ações para os idosos, mesmo sendo em alguns casos ações com outros enfoques (nutrição, caminhadas, atividades de lazer, cuidado continuado, grupo de hipertensos e diabéticos, grupos de artesanato e convivência) e que não são necessariamente específicas para a população idosa. Essas atividades não são pensadas para esse grupo, porém

quem realmente acaba utilizando essas ações são os idosos da comunidade, geralmente por conta das características comuns, principalmente as doenças crônico-degenerativas.

De certa forma, o mesmo pôde ser visto na fala de uma das idosas entrevistadas, que, quando questionada a respeito das ações voltadas aos idosos em sua estratégia, comentou que havia apenas grupos específicos, não havendo "grupos pra idoso". *"Eles têm negócio pro idoso que tem diabete. Ah, tem uma outra (pausa pensativa), não lembro! Parece que não tem grupo pra idoso." (E09).* Outra entrevistada ainda acrescenta:

> *"Lá eles têm grupos assim, da questão da AIDS, da tuberculose, desses assim. Grupos específicos. O que eu saiba, eu nunca, eu nunca me dei conta assim, se tem assim, pra grupos de idosos nesse tipo, mas eu sei que tem pra questão de gênero também, a questão da... essas discussões mais... Isso eles fazem grupos lá que eu sei." (E03)*

Durante a análise dos resultados ao articular os dados entre a entrevista do idoso e o questionário do gestor de uma mesma estratégia, muitas vezes as respostas convergiram, como neste caso, em que tanto o idoso, quanto gestor, mencionaram coisas em comum. O gestor desta mesma Estratégia de Saúde da Família citou que *"Pretende-se retomar esse ano o grupo de idosos (que já tínhamos em 2012-2013-2014) e pretende-se realizar atividades de práticas corporais junto aos acadêmicos da ESEF-UFRGS" (G2).* Desta forma, a resposta do gestor confirma o que é trazido pela idosa entrevistada, comentando ainda que há o interesse para que se retomem as atividades para o público idoso. Neste caso, o gestor ainda cita uma possível parceria de interesse entre acadêmicos e idosos, podendo ser essa uma alternativa que supriria as necessidades dos idosos daquela ESF, ou seja, ele relata a carência de atendimento e indica uma provável solução.

As atividades voltadas especificamente ao público idoso não estão presentes em todas as unidades de saúde, mas sabe-se da sua importância na atenção de demandas e na formação de relações entre essa população. O estudo de Areoza, Benitez e Wichmann (2012) mostra a satisfação dos idosos (97%) com as relações estabelecidas nos grupos de amigos, que são formados principalmente a partir de grupos de convivência para idosos e indicam uma população idosa com características cada vez mais ligadas à independência e à autonomia, mais ativa e satisfeita com suas relações familiares e de amizade. A convivência e as atividades realizadas nos grupos são consideradas

ISBN 978-65-86901-26-9

importantes para uma melhora significativa, tanto na saúde física e quanto na saúde mental destes idosos, podendo interferir em aspectos como a qualidade de vida dessas pessoas.

A desvalorização dos aspectos sociais relacionados aos grupos de idosos, justamente por suas características serem mais direcionadas às questões de convívio do que a questões "médicas" propriamente ditas, revela-se ao longo do estudo. Há, ainda que veladamente, uma valorização dos aspectos biológicos como sendo os mais relevantes na promoção da saúde do idoso. Porém, já está consolidado pela literatura que os aspectos sociais e afetivos têm tanta influência sobre a saúde dos idosos quanto os aspectos biológicos, principalmente no que se refere à adesão e à permanência em programas de saúde (MORAES et al, 2016; EIRAS et al, 2010; MAZO et al, 2009).

De acordo com questionários respondidos pelos gestores das ESF, pode-se fazer uma conexão com o que foi dito anteriormente, pois, na grande maioria das respostas, as ações ofertadas estão relacionadas a patologias específicas, geralmente vinculadas a doenças crônico-degenerativas (diabetes e hipertensão, por exemplo). Nestes grupos específicos não há um enfoque no processo envelhecimento propriamente dito, mesmo que o público atendido muitas vezes seja formado por idosos em sua maioria. Assim, o enfoque é voltado às doenças e limitações, dando um caráter negativo a essa abordagem, pois se deixa de trabalhar com o conceito de promoção da saúde, dando um maior destaque para a doença do que para a saúde.

As atividades mais específicas são recorrentes nas estratégias e acabam por não abordar temáticas voltadas à saúde. Esse é um dos fatores que faz com que haja essa confusão entre o que de fato é considerado como sendo saúde ou não. Deste modo, não se pode desconsiderar o conceito ampliado de saúde que envolve o bem-estar físico, mental e espiritual do indivíduo.

As ações existentes surgem com o intuito de atender à demanda da comunidade em que a população idosa está inserida, o que nem sempre acontece. Mesmo havendo ações sendo ofertadas, e que já se tornaram efetivas em algumas estratégias, essa não é a realidade em muitas das unidades de saúde atualmente. Segundo Costa e Ciosak (2010), os profissionais têm se esforçado para atender às necessidades de saúde dos idosos através de ações de prevenção e promoção da saúde, porém suas necessidades sociais e psicológicas nem sempre estão sendo atendidas.

Pimenta et al. (2015) sugerem que há necessidade de investimentos na estruturação da rede de serviços de saúde ofertados para a população idosa,

bem como na preparação de profissionais da saúde e das equipes, para que, assim, se possa atuar com mais efetividade na melhoria da qualidade de vida do idoso brasileiro. Sendo assim, percebe-se um contexto incipiente, em que cabe ter um olhar mais aprofundado sobre a atenção às demandas dessa população e sobre a oferta de ações que tenham esse objetivo.

## Considerações finais

Ao investigar as necessidades de saúde da população idosa, através dos relatos de gestores e idosos das Estratégia de Saúde da Família do distrito em questão, foram considerados os pontos de vista de ambos a respeito do assunto. No que se refere às ações de saúde desenvolvidas no território, identificou-se que nem todas as estratégias ofertam ações voltadas ao público idoso, sendo que algumas apresentam grupos específicos para outros fins que acabam por ter, em sua grande maioria, os idosos como maior público atendido. Em outros casos, as Estratégias de Saúde da Família ofertam atividades aos idosos e visam atender as demandas decorrentes da comunidade em que se localizam.

Idosos e gestores concordam que as ações ofertadas ainda são incipientes e que tem aspectos a serem melhorados, como acesso a essas ações e a atenção efetiva às demandas existentes. Surge, então, a partir dos resultados obtidos, a percepção de que ainda há muito a ser desenvolvido por essa população. Identificou-se que existem algumas possíveis ações que podem vir a afetar positivamente essa parcela de indivíduos, principalmente no que se refere à promoção da saúde. Em outras palavras, há lacunas a se preencher e sabendo onde estão, podem ser resolvidas com planejamento e desenvolvimento de ações.

## Agradecimentos

As autoras agradecem a todos os sujeitos da pesquisa, que dedicaram seu tempo e disponibilidade para realização deste estudo. Assim como, ao Programa de Extensão Universitária CELARI -UFRGS, à Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS.

## Referências

AKARSU, N. E.; PRINCE, M. J.; LAWRENCE, V.C.; DAS-MUNSHI, J. Depression in carers of people with dementia from a minority ethnic background: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychosocial interventions. *Int J Geriatr Psychiatry*. v. 34, n. 1, p. 790–806, 2019.

ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*, v. 4, n. 40, mar./maio 2014. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista>. Acesso em: 04 maio 2020.

AREOSA, S. V. C.; BENITEZ, L. B.; WICHMANN, F. M. A. Relações familiares e o convívio social entre idosos. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 184-192, jan./jul. 2012.

AZEVEDO, A. B.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. *Saúde Debate,* Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 647-657, 2017

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

BRUCKI, Sonia M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

CIOSAK, S. I. et al. Senectud y senilidad: nuevo paradigma en la atención básica de salud. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1763-1768, 2011.

COELHO, F; G. M.; et al. *Exercício físico no envelhecimento saudável e patológico*: da teoria à prática. Curitiba, PR: CRV, 2013.

COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 433-40, 2010.

CRUZ, D. T.; CRUZ, F. M.; RIBEIRO, A. L.; VEIGA, C. L.; LEITE, I. C. G. Association between cognitive ability and the occurrence of falls in elderly. *Saúde Colet.,* Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 386-393, 2015.

DAHER, S. S. et al. Programa de atividade física para idosos e economia para o sistema de saúde. *Acta Ortopédica Brasileira*, v. 26, n. 4, p. 271-274, 2018.

DANTAS, I. C. et al. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 93-108, 2017.

DICKINSON, W. J. et al. Change in stress and social support as predictors of cognitive decline in older adults with and without depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 26, n. 12, p. 1267-1274, 2011.

EIRAS, S. B.; SILVA, W. H. A.; SOUZA, D. L.; VENDRUCOLO, R. Fatores de adesão e manutenção da prática de atividade física por parte de idosos. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, v. 31, n. 2, p. 75-89, jan. 2010.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.*, v. 12, p. 189-198, 1975.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

GONÇALVES, A. K. et al. Postural balance program: variables related to falls in elderly. *Journal of Physical Education*, v. 28, e2808, 2017.

GRIEBLER, E. M. *Necessidades de saúde da pessoa idosa:* cenário do território de um distrito de saúde de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

GRIEBLER, E. M.; VARGAS, A. S. R.; TELES, M. D., GONÇALVES, A. K. Equilíbrio e risco de quedas em idosos caidores e não caidores de acordo

com a faixa etária. *In.: Envelhecimento:* equilíbrio, cognição, audição e qualidade de vida / Org. Eliane Jost Blessmann, Andrea Kruger Gonçalves - Porto Alegre: NEIE/UFRGS (Coleção Envelhecimento) 213 p. 197-213, 2015.

HALLAL, P.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F. C.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*. v. 380, p. 247-257, 2012.

HO, A. J.; RAJI, C. A.; BECKER, J. T.; LOPEZ, O.L.; KULLER, L. H.; HUA, X.; DINOV, I. D. et al. The effects of physical activity, education, and body mass index on the aging brain**.** *Hum Brain Mapp.* v. 32, n. 9, p. 1371-1382, 2011.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais:* uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

LEE, M., LIM, T., LEE, J., KIM, K., & YOON, B. Optimal retraining time for regaining functional fitness using multicomponent training after long-term detraining in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v. 73, p. 227-233, 2017.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. *Envelhecimento Prevenção e Promoção da Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2004.

MALTA, D. C., ANDRADE, S. S. C. D. A., STOPA, S. R., PEREIRA, C. A., SZWARCWALD, C. L., JÚNIOR, S., & REIS, A. A. C. D. Brazilian lifestyles: National Health Survey results, 2013. *Epidem e Serv de Saúde.* v. 24, n. 2, p. 217-226, 2015.

MARTINS, N. I. M., CALDAS, P. R., CABRAL, E. D., LINS, C. C. S. A., CORIOLANO, M. G. W. S. Instrumentos de avaliação cognitiva utilizados nos últimos 5 anos em idosos Brasileiros. *Cien Saude Colet* (2017/Out). [Acesso em 14/05/2020]. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/instrumentos-de-avaliacao-cognitiva-utilizados-nos-ultimos-5-anos-em-idosos-brasileiros/16454?id=16454&id=16454>

MAZO, G. Z.; MEURER, S. T.; BENEDETTI, T. R. B. Motivação de idosos para a adesão a um programa de exercícios físicos. *Psicol. Am. Lat.*, México, n. 18, 2009.

MEDEIROS, K. K. A. S.; PINTO JÚNIOR, E. P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G. 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, 2017.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MORAES, G. V. O.; GIACOMIN, K.; SANTOS, W. J.; FIRMO, J. O. A. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às "coisas da idade". *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 309-329, 2016.

PAGAC. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee*. 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report. Washington, DC, 2018.

PIMENTA, F. B.; PINHO, L. SILVEIRA, M. F.; BOTELHO, A. C. C. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy. *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 20, n. 8, p. 2489-2498, 2015.

PIZZIGALLI, L., FILIPPINI, A., AHMAIDI, S., JULLIEN, H., & RAINOLDI, A. Prevention of falling risk in elderly people: the relevance of muscular strength and symmetry of lower limbs in postural stability. *Journal of Strength and Conditioning Research*, v. 25, n. 2, p. 567-574, 2011.

PIZZIGALLI, L.; MICHELETTI, C. M.; MULASSO, A.; RAINOLDI, A. The contribution of postural balance analysis in older adult fallers: a narrative review. *J of Bodywork and Mov Therap.* v. 20, n. 2, p. 409-417, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre 2014-2017*, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2014_2017.pdf> Acesso em: 15 jan. 2018.

THOMAS, E., BATTAGLIA, G., PATTI, A., BRUSA, J., LEONARDI, V., PALMA, A., BELLAFIORE, M. Physical activity programs for balance and fall prevention in elderly: A systematic review. *Medicine*, v. 98, n. 27, p: e16218, 2019.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. *Métodos de pesquisa em atividade física.* 3. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

TOMÁS, M. T., et al. Functional capacity and levels of physical activity in aging: a 3-year follow-up. *Frontiers in Medicine*, v. 4, p. 1-8, 2018.

VALER, D. B.; et al. The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 809-819, 2015.

# CARACTERIZAÇÃO DAS DERMATOFITOSES DE PACIENTES ATENDIDOS EM UM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB

Heronides dos Santos Perereira[1]
Patrícia Maria de Freitas e Silva[2]
Janielle Silva Marinho de Araújo[3]
Ítalo Freitas Pereira[4]

**Resumo:** As dermatofitoses são doenças causadas por fungos ou cogumelos chamados dermatófitos.O tratamento da dermatofitose é simples e deve ser precoce para evitar extensão do quadro e contaminação de outras pessoas que convivem próximo ao paciente afetado. Objetiva-se caracterizar a incidência de dermatofitose bem como a espécie mais prevalente, além de verificar a faixa etária mais acometida. A metodologia empregada foram: exame direto e cultura, o exame micológico direto foi tratado com clarificante, hidróxido de potássio (potassa) em uma concentração de 10-30%, para que as estruturas fúngicas presentes pudessem ser adequadamente visualizadas ao microscópio, já o cultivo foi realizado rotineiramente em meio de ágar Sabouraud dextrosado e CHROMagar Candida, pois por ser cromogênico, o meio modifica as colônias destas espécies para as cores verde, azul e rosa. O isolamento diferencial com um meio de cultura cromogênico permitiu detectar as candidoses do gênero *Candida*, Realizou-se um estudo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva dos dados, a coleta de dados foi realizada a partir das fichas laboratoriais e questionários utilizados no Centro de Hematologia e Laboratório de Análises Clínicas - Ltda. Cerca de 60% dos pacientes apresentaram algum

1 Professor Dr. do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, heronides40@icloud.com;

2 Professora Dra. do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, patriciafreitashemoiba@yahoo.com.br;

3 Graduanda pelo Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, niellejany.marinho@gmail.com

4 Graduando pelo Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba – FCM-PB, freitasitalopereira@gmail.com

ISBN 978-65-86901-26-9

tipo de dermatofitose, 55% com idade superior a 46 anos e como agente etiológico de destaque *Trichophyton mentagrophytes*. Concluindo que foi possível, a avaliação da prevalência de dermatofitoses através da verificação de dermatófitos nos indivíduos. Paralelamente, comparou-se a faixa etária mais prevalente, bem como as dermatofitoses mais ocorrentes nos pacientes, com base na micologia direta e cultura, verificando-se a presença de dermatófitos.
**Palavras-chave:** Dermatofitoses; micologia; fungos.

## Introdução

As micoses cutâneas estão entre as infecções fúngicas mais comuns, sendo principalmente causadas por fungos filamentosos queratinofílicos, que utilizam a queratina como nutriente durante a infecção de pele, cabelos e unhas (TRABULSI, et al, 2018). As dermatofitoses ocorrem preferencialmente em localizações como unhas, pés e pele lisa do corpo, enquanto as lesões do couro cabeludo são mais comumente diagnosticadas em crianças (COSTA, RT et al, 1999).

Esses fungos são denominados dermatófitos e estão classificados em três gêneros: *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton* (PERES, NTA et al, 2010). As dermatofitoses têm ocorrência mundial, sendo prevalentes em países de clima tropical e subtropical. São consideradas o terceiro distúrbio dermatológico mais frequente em crianças menores de 12 anos e o segundo mais frequente em adultos (DALLA, FD et al, 2016).

A detecção da identidade de um agente etiológico específico da doença fúngica tem influência direta no prognóstico e nas condições terapêuticas. Os exames laboratoriais mais usados para o diagnóstico são o micológico direto e a cultura para fungos (NASCIMENTO, TM; SILVA,WC ,2017). O cultivo dos dermatófitos é realizado rotineiramente em meio de ágar Sabouraud dextrosado contendo inibidores bacterianos e fúngicos como cloranfenicol e cicloheximide (NASCIMENTO, TM; SILVA, WC ,2017).

No diagnóstico laboratorial das dermatofitoses, como em outras micoses, a coleta do material clínico assim como a sua conservação e transporte devem ser realizados de forma adequada já que influenciam muito no resultado final do exame laboratorial (SANTOS, JI et al; MORMA PPC; NAPPI BP,2002).

O tratamento da dermatofitose é simples e deve ser precoce para evitar extensão do quadro e contaminação de outras pessoas que convivem próximo ao paciente afetado. Existem duas modalidades de tratamento: tópico e com medicações sistêmicas por via oral ou antifúngicos sistêmicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2017). A terapia sistêmica é indicada nos casos em que a matriz ungueal está envolvida. Os principais antimicóticos utilizados são em forma de cremes, loções, pomadas ou aerossol e os princípios ativos mais usados são miconazol, fluconazol, terbinafina, clotrimazol, itraconazol, entre outros (NASCIMENTO, TM; SILVA,WC ,2017).

As dermatofitoses são infecções fúngicas limitadas às camadas superficiais queratinizadas da pele, pelos e unhas, popularmente, conhecida como

ISBN 978-65-86901-26-9

"impinge" ou "frieira", dependendo da localização das lesões que são extremamente pruriginosas. Em imunodeprimidos podem acometer tecidos subcutâneos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA, 2017).Os fungos possuem um forte biotropismo por estruturas queratinizadas, como pele, pelos e unhas, sendo que a habilidade de ocasionar a micose está diretamente relacionada a essa dependência da queratina (DALLA FD et al, 2016).

As dermatofitoses são lesões cutâneas provocadas por um grupo grande de fungos, com acentuadas diferenças na sua morfologia, ecologia e história natural, mas com uma habilidade comum em degradar a queratina (proteínas fibrilares em forma de espiral, com peso molecular (PM) entre 40-60Kd, compostas de cadeias de aminoácidos unidas por ligações peptídicas e acetamídicas), denominados dermatófitos. Em razão dessa predileção pela queratina, as lesões no homem e animais acontecem nas regiões queratinizadas do organismo, ou seja, pele e seus anexos, pelos e unhas (TRABULSI et al, 2018).

As dermatofitoses podem ser classificadas em "tinhas" ou tinea, epidermofitíases, onicomicoses dermatofíticas e dermatofitoses subcutânea e profunda. Existe também uma classificação em que todas as dermatofitoses recebem o nome de "tinea" mais uma palavra que descreve o local da lesão: tinea pedis, tinea unguium, tinea cruris, tinea capitis, entre outras (TRABULSI et al, 2018).

Seguindo a primeira classificação, são chamadas de "tinea" aquelas lesões que afetam o couro cabeludo e região da barba e bigode. Nesses casos, os fungos instalam-se apenas na região do extrato córneo da pele (TRABULSI et al, 2018). As epidermofitíases são caracterizadas por lesões em regiões sem pelos. Os fungos, nesse tipo de infecção, também atacam apenas o extrato córneo. Como exemplo dessas lesões, podemos citar a tinea pedis, popularmente conhecida como pé de atleta. Nesse caso, há a descamação entre os dedos dos pés, com coceira e ardor (TRABULSI et al, 2018).

As lesões de dermatofitoses apresentam quatro etapas distintas: Primeiro ocorre o contato do dermatófito com o hospedeiro, depois tem-se um período de incubação variável dependente de vários fatores do hospedeiro; um período de invasão radial, em que há produção de enzimas havendo degradação. Por último há o cultivo em colônia em ágar Sabouraud-dextrose,então há o crescimento das hifas; e por fim o período refratário, em que as hifas se fragmentam, produzindo estruturas de resistência, os artroconídios no pelo, os dermatófitos

invadem o folículo piloso, o pelo perde o brilho e torna-se quebradiço e cai (TRABULSI et al, 2018).

As onicomicoses dermatofíticas caracterizam-se pelo acometimento das unhas dos pés ou das mãos. A mais comum das onicomicoses é a tinea unguium, em que o fungo ataca a borda da unha, causando seu descolamento e tornando-a opaca (TRABULSI et al, 2018).

As micoses superficiais são definidas como o crescimento fúngico nos tecidos epiteliais, sem invasão do tecido vivo e sem provocar resposta inflamatória no hospedeiro. Compreendem micoses exclusivas da pele, pitiríase versicolor *e* tinea nigra e micoses nodulares do pelo, piedra negra e piedra branca (SANTOS VS, 2019).

Segundo PERES NTA et al, 2010 esses fungos são denominados dermatófitos e estão classificados em três gêneros: *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*, de acordo com a formação e morfologia de seus conídios (estruturas de reprodução assexuada).

O material, escamas de pele ou unha e fragmentos de pelo, deve ser coletado, através de bisturi, principalmente na zona ativa das lesões (no caso de pele e pelos, nas extremidades das lesões e no caso de unha, entre a unha e a pele ou transungueal no local de transição entre o leito normal e o lesado). Eventualmente, em lesões de pelos, o material pode ser coletado sob uma luz de Wood, pois os pelos, quando infectados por *Microsporum canis*, emitem fluorescência. O diagnóstico é feito pelo exame microscópico direto do material colhido, após clarificação com potassa (KOH), 10% a 30%, aquecida ligeiramente em chama de bico de Bunsen. Para melhor visualização, pode-se adicionar tinta Parker, azul ou preta, permanente. Ao invés de potassa, o exame pode ser feito com uma gota de DMSO (dimetilsulfóxido) sem necessidade do aquecimento. Em escamas de pele ou de unha, os dermatófitos apresentam-se na forma de filamentos micelianos septados, eventualmente com artroconídios. Nos pelos, os filamentos e artroconídios podem ser externos, internos ou externos-internos. Geralmente, o gênero *Microsporum* parasita o pelo por fora, formando um mosaico de artroconídios ao redor do pelo e o gênero *Trichophyton* tem parasitismo interno ou externo ou concomitante, mas sob a forma de filamentos micelianos com artroconídios. Em unha parasitada por *Trichophyton rubrum*, nas regiões onde não se visualizam onicócitos com queratina, mas apenas suas membranas residuais, podem ser observados clamidoconídios (estruturas de resistência em estado de dormência) Os

antropofílicos mantém seu ciclo através da passagem de homem a homem, na maioria das vezes através de contato indireto (TRABULSI et al, 2018).

O cultivo é feito em ágar Sabouraud dextrose, acrescido de cicloheximida e cloranfenicol e a identificação final da espécie, pelas características macro e micromorfológicas. Eventualmente, é necessária a utilização de algumas provas bioquímicas, como a prova da urease, para a diferenciação de amostras morfologicamente semelhantes de *T. rubrum* e *T. mentagrophytes*. Nessa prova, *T. mentagrophytes* é positivo após sete dias e *T. rubrum* é negativo ou fracamente positivo após 14 dias. Atualmente tem aumentado muito os casos, principalmente de micoses de unhas provocados tanto por *Candida* spp. como por fungos não dermatófitos e de difícil diagnóstico e como consequência, vários trabalhos têm sido realizados com metodologias moleculares simples (kits de extração de DNA e sequenciamento da região ITS- espaçador transcrito interno) aplicadas diretamente no material clínico com resultados bastante promissores para a identificação desses fungos e consequentemente um diagnóstico eventualmente mais rápido (TRABULSI et al, 2018).

Os dermatófitos mais freqüentes em animais são Microsporum (M.audounii, M.canis, M.gypseum.) e Trichophyton (T.tonsurans, T.mentagrophytes, T.rubrum e T.shoenleinii.) e podem ser divididos em três grupos com base no habitat natural, geofílico, zoofílico e antropofílico (PEREIRA et al, 2009).

Os dermatófitos, de acordo com seu habitat natural são classificados em geofílicos, zoofílicos e antropofílicos. Os geofílicos vivem no solo e o homem e animais se contaminam através do contato direto com o solo. O dermatófito geofílico mais comum no Brasil é *M. gypseum*. Os zoofílicos têm os animais como hospedeiros principais e o homem se contamina através do contato direto com os animais principalmente os domésticos já as lesões dos antropofilicos são restritos aos humanos e menos exuberantes com maior tendência à cronicidade(TRABULSI et al, 2018).

Existem em todo o mundo, alguns como o M.gypseum são geofílicos, que estão no solo, onde decompõem os substratos queratinosos. Os zoofílicos, como o Microsporum canis e Trichophyton equinum, tornaram-se adaptados ao animal e raramente são encontrados no solo. Os dermatófitos antropofílicos, como Microsporum audounii, adaptaram-se aos humanos e não sobrevivem no solo (PEREIRA et al, 2009).

O dermatófito pode invadir, radialmente, novos folículos pilosos e, após algum tempo, aparecem placas de tonsura (*Tinea capitis* tonsurante), como nas

ISBN 978-65-86901-26-9

infecções por *Trichophyton tonsurans* e *Microsporum canis*, ou apresentar lesão isolada, com grande componente inflamatório, representada por placa elevada, com microabscessos, denominada quérion, nas infecções principalmente por *Microsporum gypseum*, *T. mentagrophytes* e *T. verrucosum*. Em infecções do pelo por *T. schoenleinii*, as lesões são crostosas, em forma de taça, conhecidas como escútula fávica; os cabelos tornam-se sem brilho e há alopecia cicatricial definitiva (*Tinea capitis* favosa) (TRABULSI et al, 2018).

Os mais importantes dermatófitos zoofílicos encontrados são *M. canis*, entre os animais domésticos de pequeno porte como cães e gatos, e *T. mentagrophytes* encontrado em bovinos e pequenos animais como cobaias e outros. Como exemplo de dermatófitos antropofílicos mais comuns no Brasil temos: *T. rubrum*, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, *T. tonsurans* e *E. floccosum*. Os dermatófitos geofílicos são considerados, do ponto de vista evolutivo, ancestral dos outros grupos que diferem entre si por uma série de características, como sobrevivência fora do hospedeiro, taxa de crescimento das culturas, capacidade de produzir conídios e reprodução sexuada. Em geral, os dermatófitos mais adaptados ao parasitismo humano vão perdendo a habilidade de produzir conídios como também a habilidade de reprodução sexuada, ao contrário do observado com os geofílicos (TRABULSI et al, 2018).

Esses aspectos se refletem também nas características clínicas das lesões produzidas em humanos como tem sido observado nas últimas décadas com as infecções produzidas por *T. mentagrophytes,* com as variedades antropofílica e zoofílicas (atualmente separadas por técnicas moleculares em espécies diferentes) (TRABULSI et al, 2018).

O tratamento pode ser tópico ou sistêmico. No tratamento tópico, são utilizados preparados à base de tintura de iodo, ácido salicílico, ou antifúngicos em forma de creme ou soluções: cetoconazol, isoconazol, miconazol, tolciclato, clotrimazol, bifonazol, ciclopiroxolamina, terbinafina. O tratamento sistêmico é feito principalmente com derivados azólicos, cetoconazol, itraconazol e fluconazol e pela terbinafina e griseofulvina (TRABULSI et al, 2018).

Foi realizado um estudo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva dos dados. O estudo foi realizado com 473 indivíduos de ambos os sexos com idade de 3 a 81 anos que tenham realizado o exame micológico direto e/ou cultura micológica.Objetivando investigar a prevalência de dermatofitoses em pacientes atendidos por meio de exames diretos e culturas micológicas na cidade de Campina Grande-PB.

A coleta de dados foi feita a partir das fichas laboratoriais e questionários utilizados no Centro de Hematologia e Laboratório de Análises Clínicas – LTDA – Hemoclin, com os seguintes dados: Nº da requisição, idade, sexo, resultados do exame micológico direto e cultura micológica.A partir dos dados coletados foram analisados o gênero e a espécie dos dermatófitos encontrados a fim de diagnóstico e tratamento adequado.Os resultados coletados foram digitalizados em banco de dados eletrônico através de planilha Excel (Microsoft Office 2019). Em seguida foi feita análise estatística dos dados e realizou-se um estudo descritivo para a caracterização da população estudada.

Cerca de 60% dos pacientes apresentaram algum tipo de dermatofitose, 55% com idade superior a 46 anos e como agente etiológico de destaque *Trichophyton mentagrophytes.* Concluindo que foi possível, a avaliação da prevalência de dermatofitoses através da verificação de dermatófitos nos indivíduos. Paralelamente, comparou-se a faixa etária mais prevalente, bem como as dermatofitoses mais ocorrentes nos pacientes, com base na micologia direta e cultura, verificando-se a presença de dermatófitos.

## Metodologia

Quando foi realizada a coleta do material biológico respeitou-se o crescimento radial do fungo na lesão. Assim, evitou-se colher material em áreas lesionadas mais antigas como o centro das lesões na pele e a região distal das unhas infectadas, pois o fungo geralmente apresenta-se em menor quantidade ou com pouca viabilidade nestes locais.

Os cabelos foram coletados junto com a raiz, já que o fungo está presente próximo a estas áreas. As lesões de pele foram raspadas na região intermediária entre a parte lesionada e a parte sã, partindo-se da região próxima ao centro em direção à periferia da lesão. Quando não for possível evidenciar esta diferenciação, se deve raspar áreas representativas das lesões.

As unhas foram raspadas na área distrófica ou descorada até quase atingir o leito ungueal. O material queratinizado que se acumula embaixo da unha também foi coletado.

Como o material biológico colhido das lesões por dermatofitoses geralmente compõe-se de material sólido, o mesmo foi transportado em recipientes secos como placas de Petri pequenas e em envelopes de papel resistentes.

EXAME DIRETO: o exame microscópico direto do material colhido foi tratado com clarificante, hidróxido de potássio (potassa) em uma

ISBN 978-65-86901-26-9

concentração de 10-30%, para que as estruturas fúngicas presentes pudessem ser adequadamente visualizadas ao microscópio. Dimetilsulfóxide (DMSO) pode ser acrescentado em proporção variável no sentido de acelerar o processo de clarificação. Também pode ser acrescentada glicerina a 10% para evitar a dessecação rápida das lâminas. O tempo de clarificação pode variar em função do tipo de material clínico, de alguns minutos como em raspados finos de pele, até muitas horas em se tratado de fragmentos maiores de unha.

CULTURA: O cultivo dos dermatófitos foi realizado rotineiramente em meio de ágar Sabouraud dextrosado contendo inibidores bacterianos e fúngicos como cloranfenicol e cicloheximide com auxílio de uma alça em "L", de forma a ficar em perfeito contato com o meio de cultura.

A temperatura ótima de crescimento situa-se na faixa de 25 a 30°C. Nestas condições os dermatófitos cresceram em um período de uma a três semanas.

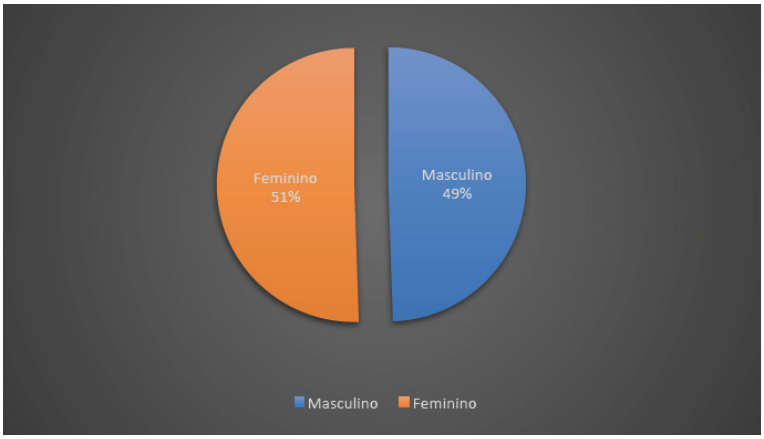
E o cultivo de cândida foi feito com o meio de cultura CHROMagar Candida (CHROMagar, Microbiology, Paris, França) por conter substâncias cromogênicas, é útil para verificação de diferentes cepas de leveduras numa mesma amostra, permitindo a identificação presuntiva rápida de infecção fúngica mista, fornecendo a identificação presuntiva de algumas espécies de leveduras de interesse clínico. Segundo as instruções do fabricante, cepas de *Candida albicans*, *C. tropicalis* e *C. krusei* podem ser pré identificadas por este método. Por ser cromogênico, o meio modifica as colônias destas espécies respectivamente para as cores verde, azul e rosa. O isolamento diferencial com um meio de cultura cromogênico permitiu detectar as candidoses do gênero *Candida*, permitindo tratamento antifúngico precoce e melhor adaptado.

## Resultados e discussão

Dos 473 pacientes analisados 51% (n=239) são do sexo feminino e 49% (n=234) do sexo masculino (Gráfico 1).

ISBN 978-65-86901-26-9

Gráfico 1 – Distribuição por gênero dos pacientes

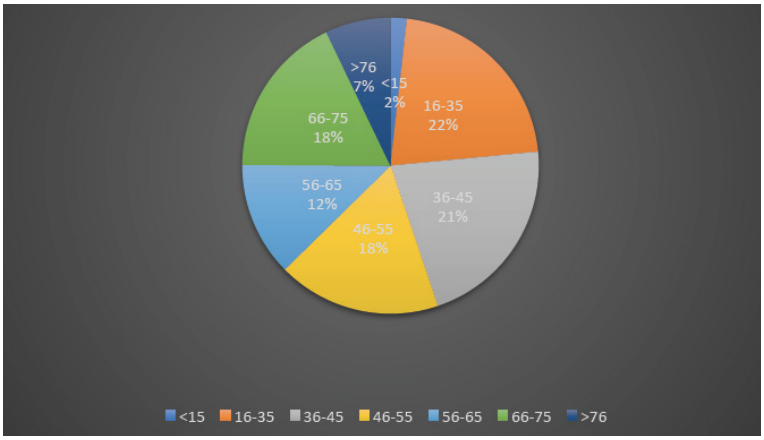



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

No estudo de RIBEIRO et al (2009) participaram 50 indivíduos, sendo 40 do gênero masculino (80%) e 10 do feminino (20%) diferentemente desse estudo, demonstrando que com relação a amostragem, este trabalho possibilitou inserir uma melhor representatividade de gêneros. Já no estudo de Dalla et al(2016) realizou-se um estudo, entre 1994 e 2004, com 590 pacientes (354 do sexo feminino e 236 do sexo masculino) apresentando uma maior amostragem, no entanto, divergente a quantidade estudada neste artigo.

Dos 473 pacientes avaliados, observou-se a relação de faixa etária, estes se encontram com idades entre menor de 15 anos e maior de 76 anos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição por faixa etária dos pacientes




Fonte: Dados da pesquisa, 2020

ISBN 978-65-86901-26-9

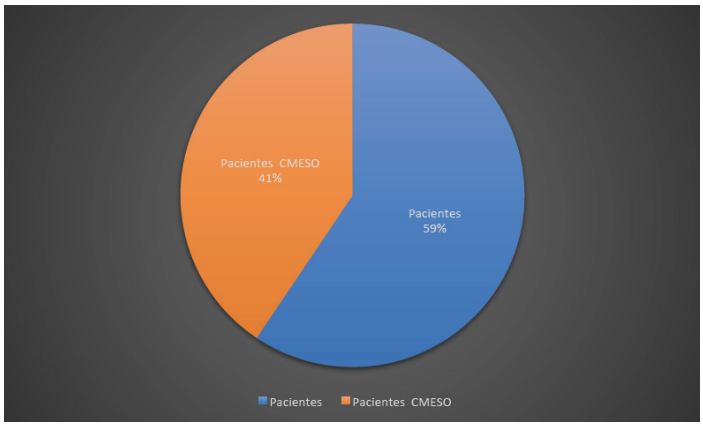
O gráfico 2 mostra a distribuição por faixa etária apresentando 2% (<15anos), 22% (16-35 anos), 21% (36-45anos), 18% (46-55anos), 12% (56-55anos) e18% (66-75anos).

SILVA et al (2013) em seu estudo apresenta idade entre 47 e 86 anos diferentemente deste estudo. Escosteguy et al (2013) mostra em seus resultados 75% com idade inferior a 55 anos e 13% representado por idosos com idade superior a 65 anos, corroborando portanto, com este estudo já que apresentam resultados similares, com 24% idade superior a 65 anos e apresenta cerca de 73% com idade inferior a 55 anos apresentando resultados próximos entre si como representado no gráfico 2.

Em um estudo realizado por NOGUEIRA et al (2000) em relação à faixa etária, os indivíduos mais acometidos foram os compreendidos na faixa etária de 0-10 anos (132 casos), seguido de 10-20 anos (88 casos). Foi possível ainda, relatar casos de dermatofitoses em 56 pacientes maiores de 50 anos. Diferentemente desse estudo que houve uma maior incidência em pacientes com idades de 16-35 anos.

Foram analisados 473 pacientes, destes 41% (n=281) são pacientes encaminhados através da CMESO (Centro Médico de Saúde Ocupacional) e 59% (n=192) pacientes particulares bem como de outros convênios, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Pacientes de outros convênios e pacientes CMESO



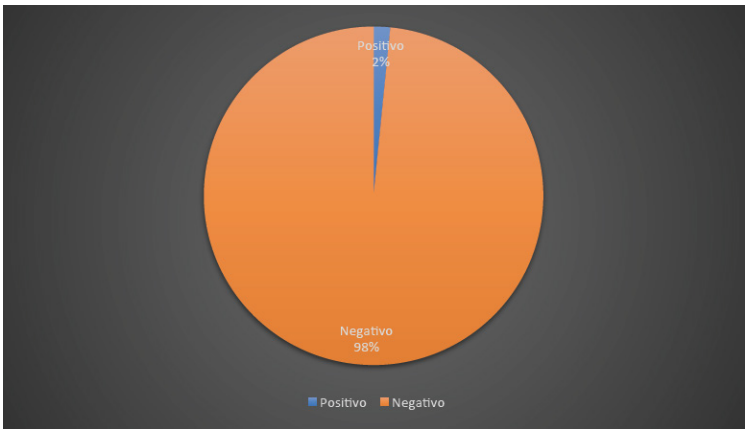

Fonte: Dados da pesquisa, 2020

A CMESO oferece serviços de consultoria e assessoria em medicina e segurança do trabalho, ergonomia, sistema de gestão da qualidade e meio

ambiente, assessoria jurídica e recursos humanos. Os serviços são realizados observando os objetivos dos clientes, com acompanhamento de todas as fases do trabalho desenvolvido, para este caso de identificação de unicomicoses para empresas alimentícias, em sua maioria.

Segundo FERREIRA MA e MARTINS D (2016) as dermatofitoses e outras micoses superficiais podem ser consideradas doenças relacionadas ao trabalho, nas quais o trabalho pode ser um fator de risco que favorece o adoecimento, mas não é causa necessária para que o mesmo aconteça, estando relacionadas a trabalhadores que exercem atividades em condições inadequadas de temperatura e umidade, bem como a outras situações nas quais os agentes infeciosos têm ligação com a atividade ocupacional ou ao ambiente de trabalho; desta pesquisa 41% dos pacientes de caráter investigativo através da CMESO, cerca de 2% apresentaram algum tipo de dermatofitose (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Paciente por convênio CMESO em análise da pesquisa




Fonte: Dados da pesquisa,2020

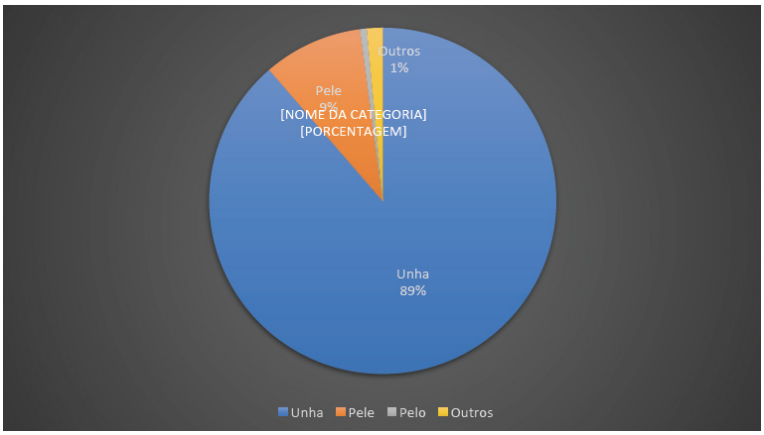
Dos 189 pacientes assistidos pela CMESO; 98% (n=186) não apresentaram dermatofitose e 2% (n=3) apresentaram resultados positivos.

Em um estudo realizado por NOGUEIRA et al 2000 os casos confirmados laboratorialmente, de 100% só 34% das amostras mostraram-se positivos para o exame direto ou cultura. Diferentemente desse estudo que apenas 2% apresentou-se resultado positivo.

De acordo com o gráfico 5, dos 473 pacientes analisados 89% (n=422) apresentaram onicomicose, seguido de 9% (n=45) na pele, 1% (n=3) no pelo e os outros 1% (n=3) em locais como: couro cabeludo, aspirado de medula e raspado de olho.

ISBN 978-65-86901-26-9

Gráfico 5 - Local de dermatofitoses nos pacientes analisados

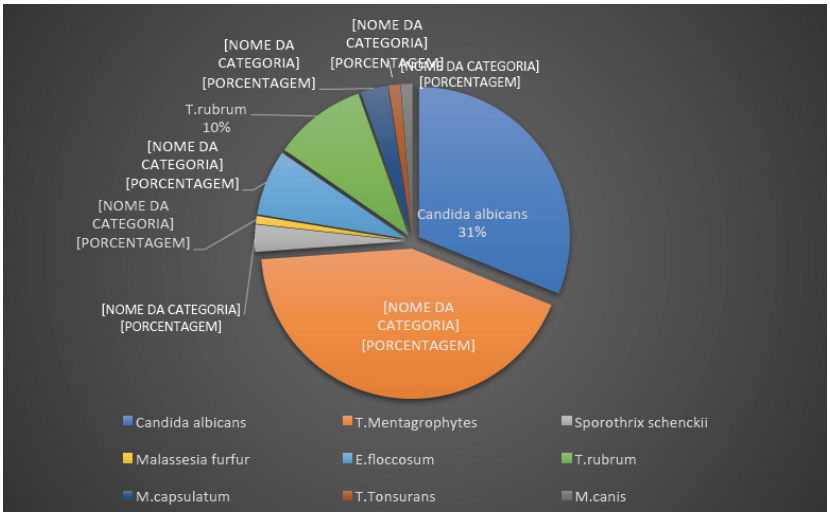



Fonte: Dados da pesquisa, 2020

ANDRADE PSU e MESSIAS SSND (2015) corrobora com os resultados dessa pesquisa; pois segundo sua citação fungos, leveduras, bactérias e vírus são os principais agentes biológicos que comprometem a lâmina ungueal.

O gráfico 6 mostra que 51% (n=241) apresentaram algum tipo de agente etiológico. *Candida albicans* 31% (n=75), *T. Mentagrophytes* 43% (n=105), *Sporothrix schenckii* 3% (n=7), *Malassesia furfur* 1% (n=2), *E. floccosum* 7% (n=19), *T. rubrum* 10% (n=25), *M. capsulatum* 3% (n=1), *T. Tonsurans* 1% (n=3), *M. canis* 1% (n=4).

Gráfico 6 - Agentes etiológicos de pacientes em análise da pesquisa

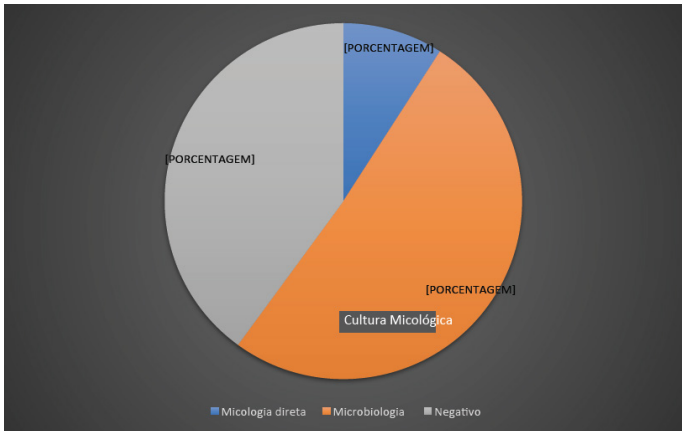



Fonte: Dados da pesquisa,2020

Segundo ANDRADE PSU e MESSIAS SSND (2015) o dermatófito *Trichphyton mentagrophytes* é um dos agentes causais mais frequente em todo o mundo corroborando com os resultados desta pesquisa, pois representa 43% (n=103) de 100% (n=241) dos pacientes.

De 473 pacientes analisados, 51% (n=241) apresentaram agentes etiológicos representados no gráfico 6, pesquisados através da cultura micológica e 43 pacientes foram pesquisados pela micologia direta representando 9% (n=40) dos resultados e 40% (n=192) não apresentaram nenhum tipo de dermatofitose detectável pelas técnicas utilizadas, resultados representados no gráfico.

Gráfico 7 – Quantitativo dos resultados dos exames pela cultura micológica e micologia direta




Fonte: Dados da pesquisa,2020

Segundo RUDOLPH BSF e RAMBAUSKE D.(2010) entre as 304 amostras estudadas e submetidas ao exame micológico direto e cultura, 165 (54,3%) casos apresentaram resultado positivo a agentes micológicos e 139 casos negativos representando (45,7%) corroborando assim com os resultados obtidos nesse estudo.

No estudo realizado por NOGUEIRA et al 2000 amostras foram consideradas positivas quando apresentaram pesquisa direta e/ou cultura positiva. Desta feita, apenas 356 (66,7%) amostras tiveram pesquisa e cultura positivas, enquanto em 78 (14,6%) detectou-se a presença de dermatófitos apenas na pesquisa direta; e nos 100 (18,7%) casos restantes somente a cultura mostrou-se positiva com o isolamento de espécies de dermatófitos, apresentando portanto, resultados semelhantes a este artigo.

## Considerações finais

O presente estudo permitiu pesquisar a incidência de dermatofitoses em pacientes por meio de exames diretos e culturas micológicas, a maioria dos pacientes apresentaram algum tipo de dermatófito. Sendo possível, portanto, a identificação do *Trichphyton mentagrophytes* e o *Candita albicans* como agentes etiológicos mais incidentes entre os casos positivos da pesquisa. Os pacientes com maior prevalência em dermatofitoses foram os que apresentaram idades acima de 46 anos. Dessa forma, foi possível, avaliar a prevalência de dermatofitoses nos pacientes, tendo por base os exames micológicos através da micologia direta bem como através da cultura. Para realização deste artigo se fez necessário o aprofundamento de pesquisas, apresentaram-se uma dificuldade pela busca deste tema se tornando necessário a atuação nesse campo.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

ANDRADE PJS, et al;MESSIAS NSS Distrofias ungueais no ambiente de trabalho: uma breve abordagem. Rev Bras Med Trab.2015;13(1):17-22

COSTA, RT et al. Etiologia e epidemiologia das dermatofitoses em Goiânia, GO, Brasil. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.32 n.4 Uberaba July/Aug. 1999

DALLA, FD et al. Dermatofitoses: agentes etiológicos, formas clínicas, terapêutica e novas perspectivas de tratamento. Clin Biomed Res 2016;36(4)

Detecção e Identificação dos Fungos de Importância Médica. Agencia nacional de vigilância sanitária Mod VII, 2004

DINIZ,ML. Estudo de nove casos de tinha negra observados na Grande Vitória (Espírito Santo, Brasil) durante período de cinco anos. An. Bras. Dermatol. vol.79 no.3 Rio de Janeiro May/June 2004

ESCOSTEGUY CC et al, Diferenças, segundo faixa etária, do perfil clínicoepidemiológico dos casos de dengue grave atendidos no Hospital Federal dos Servidores do Estado, Rio de JaneiroRJ, Brasil, durante a epidemia de 2008* Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 22(1):67-76, jan-mar 2013

FERREIRA MA;MARTINS D., Ocorrência de espécies fúngicas isoladas a partir de mãos e unhas de trabalhadores. Revista Brasileira de Medicina do Trabalho (2015) ISSN (Impresso) 1679-4435 - ISSN Online 2447-0147

INÁCIO, PC. Modelo de infecção in vitro da piedra branca, análise dos aspectos morfológicos, ultraestruturais e abordagem de identificação polifásica dos agentes etiológicos. Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Biologia de Fungos da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biologia de Fungos, 2015.

NASCIMENTO, TM ; SILVA ,WC da. epidemiologia, diagnóstico laboratorial e tratamento dasdermatofitoses humanas. Jornal eletrônico do instituto nanocell Edição Vol. 4, N. 6, 23 de Fevereiro de 2017

NOGUEIRA,BSR. Epidemiologia e ecologia das dermatofitoses na cidade de Fortaleza: o *Trichophyton tonsurans* como importante patógeno emergente da *Tinea capitis.* Rev. Soc. Bras. Med. Trop. vol.33 n.5 Uberaba Sept./Oct. 2000

PERES, NTA et al. Dermatófitos: interação patógeno-hospedeiro e resistência a antifúngicos. An Bras Dermatol. 2010;85(5):657-67

PEREIRA, REP et al. Revista científica eletrônica de medicina veterinária. ISSN: 1679-7353.2009.

REIS CMS et al. Avaliação micológica das amostras ungueais de pacientes com diagnóstico clínico de onicomicose atendidos no hospital universitário de brasília. Brasília Med 2010;47(3):320-325

RIBEIRO MP, et al. Isolamento de Candida spp. com utilização de meio de cultura cromogênico CHROMagar Candida. Braz Dent Sci 2009 out./dez.; 12 (4): 40-45

RUDOLPH FSB;RAMBAUSKE D. Avaliação micologica das amostras ungueais dos pododactilos dos militareseseus dependentes com diagnostico clinico de onicomicose atendidos no hospital central do exercito (2010)

SANTOS, JI ;MOEMA PPC e NAPPI BP.Diagnóstico laboratorial das dermatofitoses. RBAC, vol. 34(1), 2002

SANTOS,VS"Dermatofitoses"; *Brasil Escola*. Disponível em: https://brasilescola.uol.com.br/doencas/dermatofitoses.htm. Acesso em 28 de outubro de 2019.

SILVA,BL,et al. Etiologia dos casos de candidíase cutânea atendidos no serviço de micologia da Universidade Federal Fluminense, Brasil. Revista de la Sociedad Venezolana de Microbiología 2013; 33:53-59

SOMENZ,CC, RIBEIRO,TS ; MENEZES A;.Características particulares da micologia clínica e o diagnóstico laboratorial de micoses superficiais. NewsLab - edição 77 – 2006.

TRABULSI, Luiz R. ALTERTHUM, Flávio. Microbiologia. 6ª Edição. Editora Atheneu, 2018.

# CAPACIDADE FUNCIONAL E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS INSERIDOS EM GRUPO DE CONVIVÊNCIA

Jean Michel Regis Mendes[1]
Isabela Pinheiro Cavalcanti Lima[2]
José Rogécio de Sousa Almeida[3]
Larissa de Deus Rodrigues[4]

**Resumo:** Introdução: A terceira idade vem ganhando cada vez mais espaço na população mundial. O ministério da saúde encara essa crescente população como uma vitória e um sucesso da humanidade, mas reconhece as dificuldades para que o processo de envelhecimento seja com qualidade de vida. Objetivos: Avaliar a relação entre a capacidade funcional ao risco de quedas em idosos inseridos em grupo de convivência do CRAS. Metodologia: O estudo é do tipo descritivo, transversal com delineamento quanti-qualitativo, a pesquisa foi realizada no centro de referência a assistência social (CRAS), na cidade de Russas, no estado do Ceará, nos meses de julho de 2018 até dezembro de 2019. Os critérios de inclusão foram idosos acima de 60 anos inseridos no ano de 2018 no grupo de convivência do CRAS do Planalto e Sede; idosos ativos e sedentários; os critérios de exclusão foram idosos não orientados; portadores de doenças que alteram equilibro e/ou marcha e idosos que não quisessem participar da pesquisa. A amostra foi composta por 28 prontuários. Realizou-se análise dos mesmos na intenção de coletar dados para a construção da pesquisa. Foram elaborados gráficos com informações pertinentes, tais

1 Fisioterapeuta, Mestrando do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, jeanmendesfisio@gmail.com;

2 Cirurgiã-dentista, Professora do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, belapcl@yahoo.com.br;

3 Fisioterapeuta, Mestrando do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, rogeciofisio@gmail.com;

4 Fisioterapeuta, Graduada pelo Faculdade do Vale do Jaguaribe - FVJ, lariddrodrigues@gmail.com;

como idade e sexo e testes realizados Resultados: Observou-se com unanimidade após a interpretação dos gráficos que a idade real não correspondeu à idade segundo a capacidade funcional. Conclusões: Conclui-se que, a capacidade funcional está diretamente interligada ao risco de quedas, prejudicando a qualidade de vida de idosos.

**Palavras-chave:** Capacidade Funcional, Quedas, Idoso.

## Introdução

Segundo a lei n° 8.842, entende-se como pessoa idosa aquele indivíduo que tem idade superior ou igual a 60 anos. A terceira idade vem ganhando cada vez mais espaço na população mundial, acredita-se que o Brasil, por exemplo, que antes ocupava o 16° lugar em 1950 no ranking mundial em quantidade de indivíduos idosos, pode vir ocupar o 6° no ano de 2025. Isto se dá devido ao crescimento acelerado da população senil onde uma média de 650 mil brasileiros se inserem dentro dessa faixa etária por ano (VIEIRA et al., 2015).

O ministério da saúde encara essa crescente população como uma vitória e um sucesso da humanidade, mas reconhece as dificuldades para que o processo de envelhecimento seja com qualidade de vida (CADERNETA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA, 2017). As condições como o declínio biológico, físico, social e psicológico relacionam-se quase sempre com o processo natural da vida chamado envelhecer; estes podem ser maximizados, minimizados e até nulos, de acordo com o estilo de vida pregresso e/ou atual do idoso (DA SILVA, 2017).

Dentro dos aspectos físicos é notória a redução da massa e força muscular. Ao envelhecer esta fraqueza e atrofia ocasiona uma maior instabilidade que é desencadeada por uma série de mudanças, bem como as alterações posturais, a diminuição de equilíbrio seja ele estático ou dinâmico e padrões de marcha (VELOSO et al., 2017). Segundo Vieira et al., (2015) dadas alterações diminuem a capacidade funcional da pessoa idosa, aumentando o risco de fraturas ósseas; hospitalização; restrição ao leito e óbito; situações que geralmente são subsequentes de uma queda.

Segundo Miguel et al., (2018) mais de 1/3 dos idosos brasileiros tem pelo menos um episódio de queda por ano, e metade destes acabam caindo novamente, ocupando assim o sexto lugar nas causas de morte dentro dessa população. As quedas podem ser ocasionadas por fatores intrínsecos e extrínsecos, que vão desde o sexo feminino; a idade avançada e o uso de medicamentos até as comorbidades; os distúrbios psicológicos e a exposição a ambientes impróprios (RODRIGUES et al., 2017).

Nesse sentido, reconhecer os riscos envolvidos nesses eventos pode contribuir na precaução do mesmo. O CRAS (Centro de Referência a Assistência Social), por exemplo, foi criado em 2005 inicialmente com o objetivo de Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF), mas hoje cumpre um importante

ISBN 978-65-86901-26-9

papel dentro da saúde da pessoa idosa, graças à agregação de outros serviços como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), o CRAS que conta com uma equipe mínima de psicólogo e assistente social, pode somar a esta outros profissionais como, pedagogo, nutricionista, educador físico, fisioterapeutas, que produzem ações de cunho socioeducativas e preventivas sempre beneficiando um público vulnerável, reafirmando assim a necessidade da importância de uma equipe multisetorial trabalhando por uma melhor qualidade de vida em um âmbito holístico da população. (BRASIL, 2019)

Partindo ainda desse pressuposto, se faz necessários estudos e pesquisas sobre a relação estabelecida entre o nível de capacidade funcional e o risco de quedas em idosos. Vale ressaltar que, a relevância de pesquisar tal relação permitirá aos profissionais estabelecer protocolos de atendimento mais direcionados conforme as peculiaridades do público idoso. Além disso, possibilitará que estratégias de prevenção sejam criadas na tentativa de diminuir as complicações ocasionadas pelas quedas bem como métodos de ganho de maior independência e capacidade funcional, pois quando os idosos são bem assistidos e vigiados diminuem de forma significativa os riscos de quedas. De forma geral, acredita-se que, um olhar mais atento para saúde da pessoa idosa no âmbito de prevenção e orientação é indispensável para minimizar a incidência destes eventos.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma análise retrospectiva dos prontuários de pacientes idosos atendidos no Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) quanto à capacidade funcional. Já os objetivos específicos se firmaram em Traçar o perfil clínico no que tange às doenças crônicas presentes nos idosos, bem como suas medidas antropométricas; identificar riscos de quedas em idosos inseridos em grupo de convivência do CRAS através da avaliação de suas capacidades funcionais; dissertar sobre os principais testes usados como ferramentas avaliativas das capacidades funcionais de idosos inseridos em grupo de convivência do CRS e realizar uma análise de correlação entre os resultados dos testes funcionais e o risco de quedas em idosos.

A presente pesquisa se justificou pela sua relevância social, permitindo esclarecimentos quanto a saúde do idoso e o ambiente no qual ele está inserido, além de ter relevância econômica, tendo em vista os investimentos governamentais para a manutenção da saúde do idoso. E por fim a nível profissional, o estudo fomenta a necessidade de uma equipe multiprofissional inserida dentro da atenção básica de saúde de forma mais presente, gerando empregos e melhoria no atendimento.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Metodologia

Esta pesquisa foi um estudo de desenvolvimento retrospectivo e abordagem descritiva, em que os procedimentos técnicos serão de ordem documental primária, a ser desenvolvida a partir da análise dos prontuários dos idosos que frequentaram o CRAS Sede na cidade de Russas no Ceará – Brasil.

A pesquisa se realizou no CRAS, localizado na Tv. José de Deus - Centro, na cidade de Russas no estado do Ceará, 62900-000, nos meses de julho de 2018 até dezembro de 2019. A amostra foi composta pelos prontuários dos idosos atendidos no CRAS.

Quanto aos critérios de inclusão, destacaram-se completude do preenchimento; prontuários de pessoas acima de 60 anos; de ambos os sexos; que tenham sido avaliados pelo serviço de fisioterapia, no período de janeiro de 2018 a julho de 2018. Já os de exclusão foram idosos com prontuários incompletos; idosos não orientados; pessoas que tinham diagnóstico de doenças que alteram equilibro e/ou marcha e idosos que não quisessem participar da pesquisa.

Destaca-se que, a coleta de dados se deu através da análise de prontuários dos idosos que possuíam informações sócio demográficas, como nome completo, idade, sexo, escolaridade e através da ficha de avaliação fisioterapêutica com testes específicos, tais como: relação cintura-quadril: verificar o risco de desenvolvimento de uma doença cardiovascular. Teste de flexão de braço: avaliar a força e resistência do membro superior. Teste da marcha estacionária por 2 min: avaliar desempenho funcional. Teste de sentar e alcançar os pés: avaliar a flexibilidade dos membros inferiores. Teste de alcançar as costas: avaliar a flexibilidade dos membros superiores. Teste de levantar e caminhar: avalia a mobilidade física. Em seguida, foram elaborados gráficos para todas as variáveis na intenção de organizar as informações. Logo após foi realizada a interpretação analítica dos gráficos dissertando sobre os mesmos e fazendo abordagens comparativas com relação ao fator idade real dos idosos.

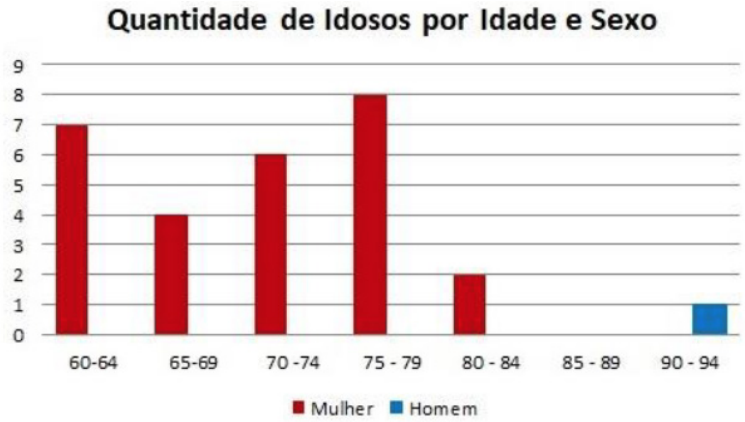
A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, obtendo parecer com ofício de nº 1.668.443, atendendo à resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes compreenderam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Resultados e discussão

No estudo analítico e retrospectivo dos prontuários cujo número se deu em 44 fichas apenas 28 destas foram incluídas no trabalho seguindo os critérios de inclusão. As demais foram excluídas devido à incompletude de dados e/ou presença de patologias que corroboravam para a incidência de quedas como fora descrito nos critérios de exclusão somando 16 fichas.

No gráfico 1 mostra os dados quanto ao sexo dos idosos catalogados nos prontuários estudados:

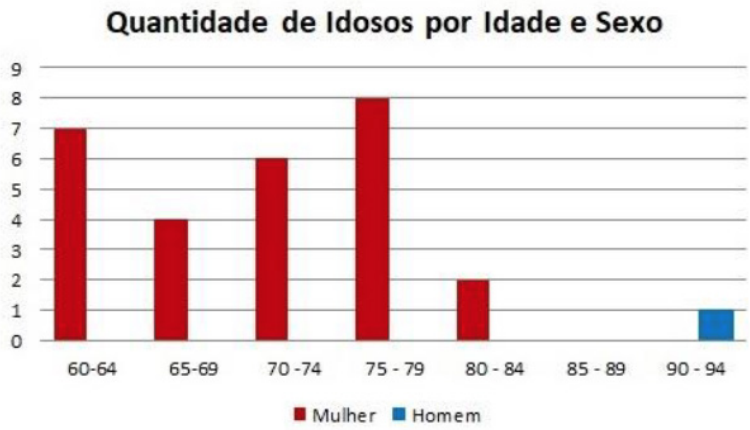



Fonte: pesquisa de campo realizada.

Como observado anteriormente, na convivência de idosos no CRAS, o sexo feminino correspondeu a 96,4% com um total de 27 mulheres. Já os homens corresponderam a 3,6% com um total de 1 do sexo masculino. Desta forma, a prevalência de mulheres fora superior à quantidade de homens.

Nesse sentido, percebe-se que os homens que estão na terceira idade sofrem com condições graves e crônicas no âmbito da saúde do que as mulheres e possuem um índice de mortalidade maior. Ademais, a presença deles nos programas de atenção básica é bem menor devido à pouca estruturação no atendimento e serviços específicos para o público masculino, contribuindo para ampliação de dificuldades na busca pela saúde e a manutenção de hábitos saudáveis, como a inserção em tratamentos de condições de risco (SILVA; MENANDRO, 2014).

No gráfico 2 mostra os dados quanto a idade verídica dos prontuários dos idosos analisados:




Fonte: pesquisa de campo realizada.

Na interpretação do referido gráfico, destacou-se que, 25% dos idosos estão numa faixa etária de 60 a 64 anos; 14,2% apresentam uma idade de 65 a 69 anos; 21,4% estão numa faixa etária de 70 a 74 anos; 28,5% apresentam uma idade de 75 a 79 anos; 7,1% corresponde à idade de 80 a 84 anos, com 0% numa idade de 85 a 89 e 3,5% numa faixa etária de 90 a 94 anos.

Assim, percebeu-se que houve uma maior prevalência de idade entre 75 a 79 anos, todavia existiu um grande predomínio de pessoas abaixo da idade referida correspondendo a 66,6% do total de idosos analisados pelos prontuários, sendo assim somente 10,6% estava numa escala superior à idade citada

No gráfico 3 mostra a presença de doenças crônicas e/ou ortopédicas nos prontuários dos idosos analisados:

Fonte: pesquisa de campo realizada.

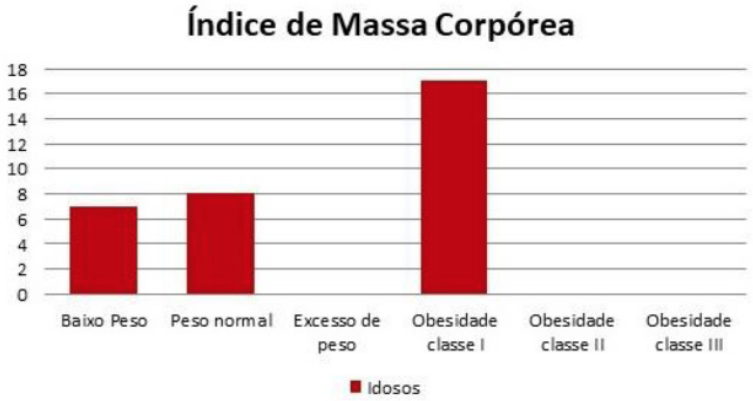
Na análise dos dados, observou-se que no total de 28 idosos, 28,5% não apresentaram nenhuma patologia crônica, entretanto os demais apresentaram

ISBN 978-65-86901-26-9

as seguintes porcentagens: 21,4% com 1 doença crônica/ortopédica; 25% com 2 patologias crônicas/ortopédicas; 17,8% com 3 doenças crônicas/ortopédicas e 3,5% com 4 ou 5 patologias crônicas/ortopédicas.

Por meio desses dados, é possível compreender que o processo do envelhecer pode ou não estar associado ao aparecimento de doenças crônicas. Segundo Simões (2016) a senescência está ligada ao envelhecimento básico, ligada as alterações corporais que vão desde o aparecimento de cabelos brancos à diminuição de força e massa muscular sem o surgimento de patologias crônicas, já a senilidade está ligada ao envelhecimento secundário, onde além do envelhecimento básico há o surgimento ou aceleramento do processo do envelhecer sendo estes originados por doenças crônicas.

No gráfico 4 mostra o Índice de Massa Corporal (IMC) quantificado através do peso e altura dos idosos:



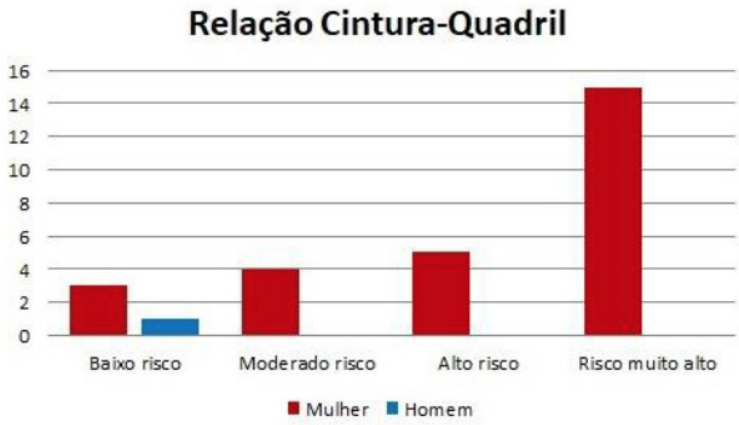

Fonte: pesquisa de campo realizada.

Desta forma, compreendeu-se que, 25% estava abaixo do peso normal; 28,5% se encontraram no peso ideal e 46,4% se classificaram com obesidade classe I, sendo que excesso de peso e obesidade classe II e III não obtiveram resultados.

Nesse sentido, pode-se dissertar que, a obesidade no idoso decorre, segundo Venturini et al. (2013), de um excesso de gordura corporal. Suas casuísticas estão relacionadas à alimentação gordurosa, inatividade física, fatores hereditários, orgânicos, sociais e culturais e psicológicos. Desta forma, a obesidade não se designa somente como o ganho de peso, envolvendo fatores, como ganhos de gordura corporal, localizados ou sistêmicos, que podem possuir associação com o desequilíbrio nutricional, condições genéticas ou alterações metabólicas (SANTOS ET al., 2013).

ISBN 978-65-86901-26-9

No gráfico 5 mostra os dados da Relação Cintura-Quadril (RCQ) de idosos analisados através de prontuários:



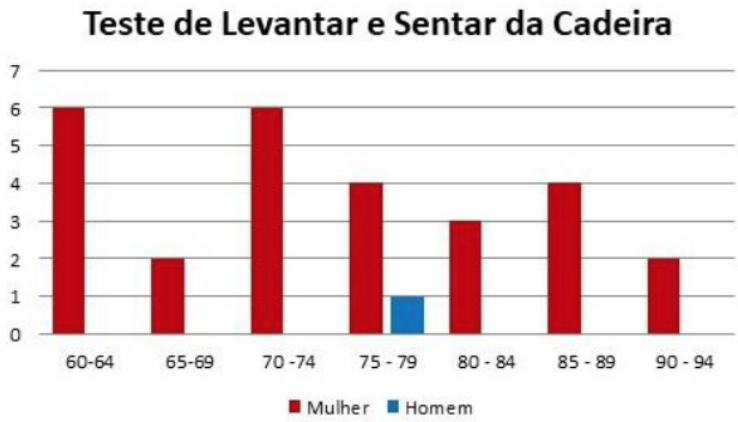

Fonte: pesquisa de campo realizada.

Após essa análise, depreendeu-se que, 14,2% se enquadraram na classificação baixo risco e moderado risco; 17,8% estiveram em alto risco; 53,5% se designaram como alto risco.

Levando em consideração a porcentagem apresentada, o alto risco esteve presente em mais da metade da amostra, o que implica em altos níveis de riscos para doenças cardiovasculares que a longo prazo comprometem as capacidades funcionais dos idosos.

Nesse raciocínio, segundo Piuvezam et al. (2015) As doenças cardiovasculares somam até 50% das causas de mortalidade dentro das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS), permanecendo como principal etiologia de morte e incapacidade em idosos apesar da minimização do consumo de cigarros e maior acesso aos serviços primários (BENVEGNU; GADENZ, 2013).

No gráfico 6 mostra os dados avaliativos do teste *Levantar e Sentar na Cadeira* realizado com idosos no CRAS:




Fonte: pesquisa de campo realizada.

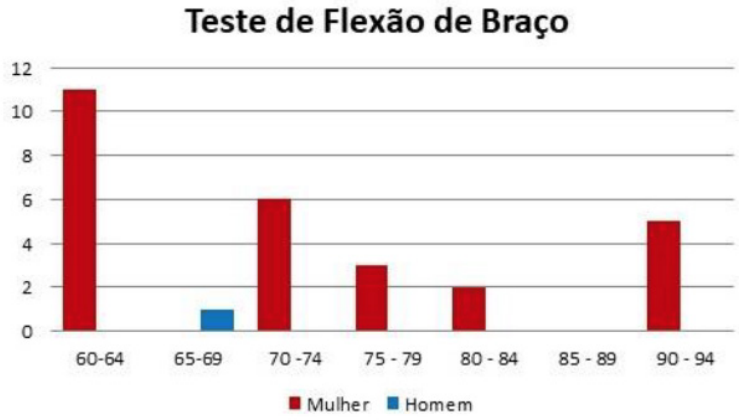
Diante do gráfico, vale destacar que, a quantidade de idosos inseridos às idades citadas não correspondem à idade real dos mesmos, mas sim a idade de acordo com a capacidade funcional em que eles se encontram tendo como referência o número de repetições quantificadas durante o teste, sendo esta a abordagem utilizada para as seguintes interpretações.

Após essa explicação, depreendeu-se que, 28,5% idosos estavam com uma funcionalidade de um indivíduo com 60 a 64 anos; 7,1% com uma capacidade funcional de 65 a 69 anos; 21,4% com uma capacidade funcional de 70 a 74 anos; 17,8% numa capacidade funcional de um sujeito de 75 a 79 anos; 10,7% numa funcionalidade de 80 a 84 anos; 14,2% numa capacidade funcional de uma idade de 85 a 89 anos e 7,1% de 90 a 94 anos.

Desta forma, se utilizando de uma abordagem comparativa usando a idade real como parâmetro, depreende-se que, houve uma discrepância considerável entre a idade verídica e a idade sugerida de acordo com a capacidade funcional. Foi possível observar que o número de idosos na idade de 60-64 anos e 65-69 apresentaram queda de quantidade, o que sugere uma inadequação dos demais idosos quanto à sua idade real, apresentando assim capacidade funcional de indivíduos com idades mais avançadas.

Nesse contexto, Santos et al (2013), realizou um estudo observacional, analítico de corte transversal com 622 idosos, em que os mesmos foram selecionados de forma aleatória e cujo instrumento se deu a aplicação do teste "*Levantar e sentar na cadeira*". Nos resultados, percebeu-se que os 622 idosos avaliados possuíam média de idade de 71,08 anos (dp=7,77) com amplitude de 60 a 96 anos. Destes, 65% (n=404) eram do sexo feminino e 47,9% (n=298) encontravam na faixa etária de 60 a 69 anos.

No gráfico 7 mostra os dados avaliativos do teste *Flexão de Braço* realizado com idosos no CRAS:




Fonte: pesquisa de campo realizada.

A partir do gráfico, constatou-se que, 39,2% possuíam uma capacidade funcional de uma pessoa que apresentava uma idade entre 60 a 64 anos; 3,5% numa idade entre 65 a 69 anos; 21,4% entre 70 a 74 anos; 10,7% entre 75 a 79 anos; 7,1% entre 80 a 84 anos; 0% entre uma idade de 85 a 89 anos; 17,8% entre 90 e 94 anos.

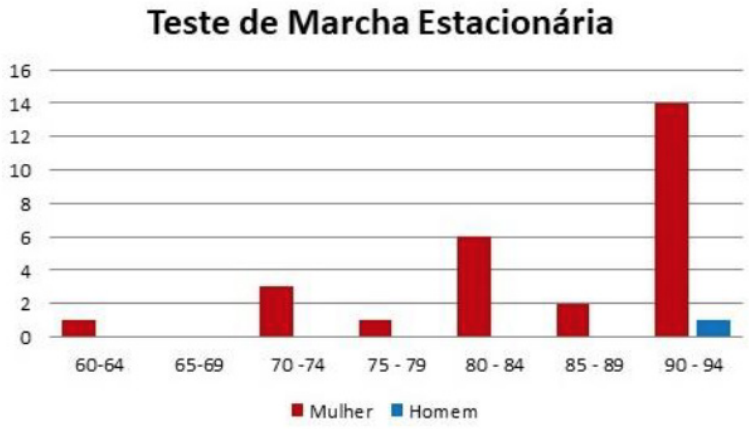
Na análise comparativa levando em consideração a idade real, inferiu-se que, idosos numa idade de 60-64 anos apresentaram um índice maior, sugerindo uma migração de idosos com idades mais avançadas para faixas etárias com capacidades funcionais bem melhores, entretanto também ocorreu uma acentuação no número de idosos com idade mais avançada (90-94 anos), porém com uma porcentagem de migração menor quando comparado à idade de 60-64 anos.

Nesse contexto, Santos e Rabelo (2008) realizou um estudo com uma amostra de 17 mulheres idosas com média de idade 66,88 ± 5,97. Para avaliação da força muscular dos membros superiores utilizou-se o teste de flexão do cotovelo em 30 segundos e para os membros inferiores o teste de levantar da cadeira em 30 segundos. Os resultados encontrados foram: no teste de força dos membros superiores: média no pré - teste de (20,71 rep, ± 3,176), e no pós teste (20,94 rep, ± 3,298), no teste de força dos membros inferiores: no pré teste (19,18 rep, ± 2,22) e no pós teste (19 rep,± 2,664). Em ambos os testes se constatou que não houve diferença estatisticamente significativa da força muscular das idosas.

ISBN 978-65-86901-26-9

O fato da não redução da força muscular das voluntárias possivelmente deve-se ao não controle das atividades realizadas pelas mesmas durante o período de interrupção das atividades físicas orientadas, ou seja, as voluntárias podem ter realizado atividades nas quais a força muscular era solicitada como: carregar sacolas, pesos, caminhadas, fazer compras, subir escadas entre outras atividades, além de não ter sido controlado os ganhos de força no período de realização dos exercícios.

No gráfico 8 mostra os dados avaliativos do teste *Marcha Estacionária de 2 minutos* realizado com idosos no CRAS:




Fonte: pesquisa de campo realizada.

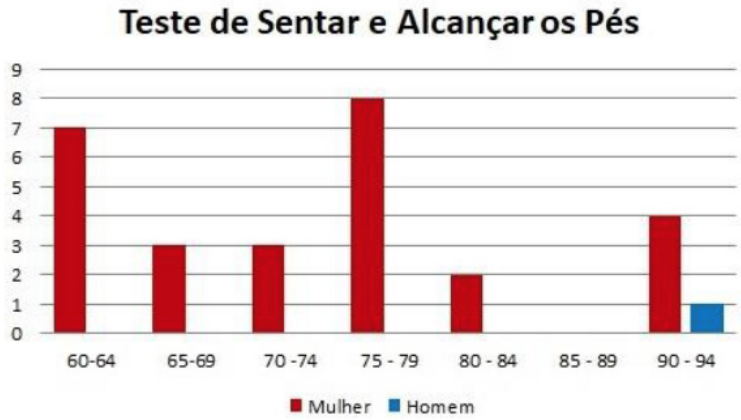
Após leitura do gráfico, observou-se que, 3,5% apresentaram uma capacidade funcional de uma pessoa entre 60 a 64 anos com 0% entre 65 a 69 anos; 10,7% com uma funcionalidade uma pessoa com idade entre 70 a 74 anos; 3,5% entre 75 e 79 anos; 21,4% entre 80 e 84 anos; 7,1% entre 85 e 89 anos e 53,5% entre 90 e 94 anos.

Diante dos resultados gráficos, compreende-se que, os dados não foram satisfatórios para nenhuma das idades. Todas as faixas etárias abaixo de 85 anos apresentaram diminuição dos números de acordo com suas capacidades funcionais, o que explica o aumento exacerbado de idosos na faixa limite do gráfico (90-94 anos).

Para mais, Guedes et al (2015) realizou um estudo com um estudo transversal, observacional do tipo diagnóstico, com 101 sujeitos, sendo 41 hipertensos e 60 normotensos. O objetivo foi analisar a acurácia do teste de marcha estacionária de 2 minutos (TME2') em diagnosticar a capacidade funcional (CF) normal para indivíduos idosos hipertensos ou idosos hipertensos

com outras condições crônicas associadas (CCA). Quanto aos resultados, destacou-se para os hipertensos, o TME2', com área sob a curva ROC de 0,7 (IC95%: 0,50 a 0,87; p=0,04), mostrou-se ser acurada em diagnosticar a CF. Entre hipertensos em 69 elevações, observou-se uma sensibilidade de 80% e especificidade de 54%.

No gráfico 9 mostra os dados avaliativos do teste *Sentar e Alcançar os pés* realizado com idosos no CRAS:




Fonte: pesquisa de campo realizada.

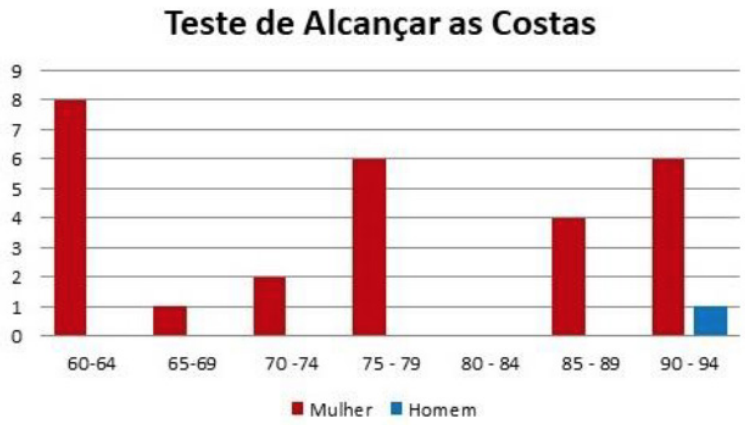
Na interpretação do gráfico, se viu que, 25% possuíam uma capacidade funcional de um indivíduo idoso com 60 a 64 anos; 10,7% entre 65 e 69 anos, bem como em 70 a 74 anos; 28,5% entre 75 a 79 anos; 7,1% de 80 a 84 anos com 0% entre 85 a 89 anos e 17,8% entre 90 a 94 anos.

Com base na idade real dos indivíduos, percebeu-se que, houve uma diminuição no número de idosos das idades de 65-69 e 70-74 com manutenção da quantidade de idosos nas demais idades.

Somando-se a isto, Ribeiro et al (2010), realizou um estudo com a finalidade de identificar o nível de flexibilidade de homens e mulheres de diferentes faixas etárias através do teste de sentar e alcançar os pés, em que participaram do 16.405 sujeitos (11.114 mulheres e 5.291 homens) praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares, divididos em grupos etários: 15 a 19 (n=954), 20 a 29 (n=2916), 30 a 39 (n=2161), 40 a 49 (n=2333), 50 a 59 (n=2739), 60 a 69 (n=3195), acima de 70 (n=2107). Em seus resultados, destacaram-se que, as faixas etárias entre 15 e 39 anos foram classificadas como fraco, com média de flexibilidade variando entre 24,80±9,68cm e 26,13±10,11cm no feminino e entre 21,48±9,90cm e 22,84±9,64cm no masculino. Nas categorias de 40 a

69 a média variou entre 22,76±9,62cm e 25,39±9,54cm no feminino e entre 16,39±10,13cm e 19,93±9,19cm no masculino, ficando abaixo da média.

No gráfico 10 mostra os dados avaliativos do teste *Alcançar as Costas* realizado com idosos no CRAS:



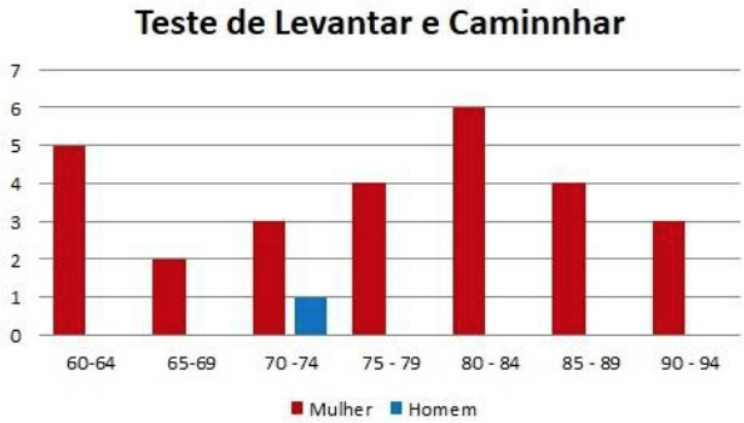

Fonte: pesquisa de campo realizada.

Mediante esses dados, destacou-se que, 28,5% se classificou com uma capacidade funcional de um idoso com 60 a 64 anos; 3,5% de 65 a 69 anos; 7,1% com idade entre 70 a 74 anos; 21,4% com uma funcionalidade de uma pessoa com 75 a 79 anos; 0% de 80 a 84 anos; 14,2% de 85 a 89 anos e 25% de 90 a 94 anos.

Com relação à idade real, viu-se que, houve uma diminuição no número de idosos no que tange à capacidade funcional, o que se percebeu também no teste de marcha estacionária citado anteriormente. As únicas faixas etárias que ganharam número de indivíduos foram as idades limites do gráfico (85-89 e 90-94 anos).

Nesse cenário, Vila et al (2013) realizou um estudo com 25 idosas, com idade variando de 60 a 90 anos, das quais 12 eram do grupo A, com média de idade de 68 anos (± 3,2); e 13 do grupo S, com média de idade de 71,4 anos (± 8,5), em que se utilizou o teste de alcançar as costas. Como resultados, destacou-se que, a flexibilidade analisada através do referido teste estava dentro dos padrões de normalidade.

No gráfico 11 mostra os dados avaliativos do teste *Levantar e Caminhar* realizado com idosos no CRAS:




Fonte: pesquisa de campo realizada.

Nesse aspecto, se teve os seguintes resultados: 17,8% com uma funcionalidade de um indivíduo com idade entre 60 a 64 anos; 7,1% de 65 a 69 anos; 14,2% de 70 a 74 anos; 14,2% de 75 a 79 anos; 21,4% de 80 a 84 anos; 14,2% de 85 a 89 anos e 10,7% de 90 a 94 anos.

Tendo como base a idade real dos indivíduos, destacou-se que, houve um aumento de idosos nas três últimas faixas etárias do gráfico, compreendendo-se então que, os idosos das faixas etárias abaixo de 80 anos não apresentaram boa capacidade funcional levando em consideração sua idade real.

Nesse contexto, Campos, Vianna e Campos (2013) realizou um estudo cujo objetivo identificar os fatores de risco de quedas em indivíduos idosos e analisar se os testes de equilíbrio, Teste de Alcance Funcional (TAF) e *"Timed Up and Go"* (TUG) ou teste de levantar e caminhar, com uma amostra de 131 mulheres e 24 homens. Nos resultados, destacou-se que, a incidência de queda foi significativamente maior no sexo feminino, nos que relataram medo de queda e nos que usavam polifarmacêuticos.

Diante de todas as informações explanadas anteriormente, é importante elucidar que o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida. Nesse sentido, pode-se destacar as quedas como fator que afeta a funcionalidade do indivíduo. Estas são decorrentes por alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e os efeitos causados por uso de fármacos e, entre os segundos, fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso (BRITO et al, 2013).

## Considerações finais

Diante dos dados expostos na presente pesquisa, conclui-se que, apesar da longevidade da amostra foi possível notar que o envelhecimento não tem se estruturado de forma meritória, pois diante da detecção das perdas de funções importantes para a manutenção do equilíbrio nesta população, aumenta-se o risco de episódios de quedas e seus consequentes impactos desde a própria funcionalidade que provavelmente já se encontrava em déficit, até aspectos voltadas a esfera emocional e psicológica, financeira, social e as facetas sutis de independência e autonomia nesse público e, desta forma, causando alterações na qualidade de vida destes idosos.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BENVEGNU, A. L; GADENZ, D. S. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3523-3533, 2013.

BRASIL. **Ministério da cidadania.** Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. 2019. Disponível em: http://www.mds.gov.br. Visto em 02/09/2019 às 12h58.

BRITO, A. T et al. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto Contexto Enferm**. Florianopolis/SC, v. 22, n. 1, p. 43-51, jan/mar, 2013.

CAMPOS, S. P. M; VIANNA, G. L; CAMPOS, R. A. Os testes de equilíbrio Alcance Funcional e Timed Up and Go e o risco de quedas em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 125-138.

CRUZ. Fragilidade, quedas e medo de cair: um estudo de base populacional. **Tese (doutorado em saúde) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora**, Minas Gerais, 2017.

GUEDES, G. O. B. M et al. Validação do teste de marcha estacionária de dois minutos para diagnóstico da capacidade funcional em idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 921-926, 2015.

MIGUEL et al. Acidentes por quedas domiciliares em pessoas idosas: uma revisão integrativa. In: VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem. **Revista Online de Pesquisa**. Rio de Janeiro. 2018, p. 242-246.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da Pessoa Idosa**. Brasília, 4º edição. 2017. NOGUEIRA et al. Risco de quedas e capacidade funcional em idosos: **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**., v.2, n.2, p.90-93, abr/jun, 2017.

PIUVEZAM, G et al. Mortalidade em idosos por doenças cardiovasculares: análise comparativa de dois quinquênios. **Arquivos brasileiros de Cardiologia**.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal/RN, v. 105, n. 4, p. 371-380, 2015.

RIBEIRO, A. C. C et al. Nível de flexibilidade obtida pelo teste de sentar e alcançar a partir de estudo realizado na Grande São Paulo. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, v. 12, n. 6, p. 415-421, 2010.

SANTOS, G. R et al. Força de membros inferiores como indicador de incapacidade funcional em idosos. **Motriz**, v. 19, n. 3, p. 535-542, jul/set, 2013.

SANTOS, N. B. A. L; RABELO, T. H. Análise da força muscular de mulheres idosas após doze semanas de interrupção de um programa de exercícios físicos. **Movimentum** - Revista Digital de Educação Física – Ipatinga/MG, v. 3, n. 2, Ago/Dez, 2008.

SANTOS, R. R. et al. Obesity in the elderly. **Rev Med Minas Gerais**. v. 23, n. 1, p. 62-71, 2013.

SILVA, C. P. S; MENANDRO, S. C. M. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Revista Sociologia da Saúde**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 626-640, 2016.

SILVA. Relação entre a fragilidade, autopercepção de saúde e medo de quedas de idosos longevos. **Dissertação (mestrado em gerontologia) - Pós-Graduação Stricto Sensu em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília**. Brasília, 2017.

SIMÕES, S. B. L. A. **Contributos para a validação da escala de Performance Assessment of Self-Care Skills**. Universidade de Coimbra – Faculdade de Medicina. Tese de dissertação. Coimbra/Portugal, 2016.

SOUZA et al. Queda em idosos fatores de riscos associados: **Revista de atenção à saúde**. São Caetano do Sul, v.15, n.54, p.55-60, out/dez, 2017.

THOMES. Avaliação do risco de quedas em idosos. **Produção científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente.** Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Rondônia, 2016.

VENTURINI. C. D. et al. Prevalência de obesidade associada à ingestão calórica, glicemia e perfil lipídico em uma amostra populacional de idosos do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**., v. 16, n. 3, 2013.

VIEIRA et al. A força muscular associada ao processo de envelhecimento: **Ciências biológicas e da saúde**. Maceió: v.3, n.1, p.93-110. Novembro, 2015.

VILA, P. C et al. Aptidão física funcional e nível de atenção em idosas praticantes de exercício físico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 355-364, 2013.

# INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO E A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA

José Rogécio de Sousa Almeida[1]
Lucidio Clebeson de Oliveira[2]
Jean Michel Regis Mendes[3]
Heloísa Alencar Duarte[4]

**Resumo:** Com o avanço da expectativa de vida e o aumento relativo da população idosa, as instituições de longa permanência se tornaram uma alternativa para o cuidado de idosos. Porém, a institucionalização pode acarretar diversos prejuízos na funcionalidade dessas pessoas. Assim, objetivou-se analisar a relação entre institucionalização e o declínio da capacidade funcional nos idosos institucionalizados, identificando os principais fatores que contribuem para a manutenção ou agravo da funcionalidade e os principais instrumentos de avaliação das condições de saúde do idoso, destacando as possibilidades de atuação do profissional fisioterapeuta na redução desses agravos. O estudo trata-se de uma revisão integrativa, realizada no período de agosto a novembro de 2019. Refinaram-se 07 artigos, disponíveis nas bases de dados Pubmed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde. A análise dos artigos permitiu identificar o grau de incapacidade funcional em idosos institucionalizados e a relação com a institucionalização, além dos principais métodos de avaliação. Observou-se que o declínio da capacidade funcional aumenta com o tempo de institucionalização e que a implicação das atividades instrumentais de vida

1 Mestrando do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, rogeciofisio@gmail.com;

2 Doutor em Psicobiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, lucidioclebeson@uern.br;

3 Mestrando do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, jeanmendesfisio@gmail.com;

4 Mestranda do Curso de Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, heloisaalencar4@gmail.com;

diária relacionadas à participação do indivíduo em sociedade e a inatividade contribuem para o declínio da funcionalidade, desencadeando uma tendência ao isolamento e depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência. Dessa forma, o profissional fisioterapeuta tem um papel importante na prevenção, manutenção e reabilitação da capacidade física, emocional e qualidade de vida, influenciando positivamente na independência funcional do idoso institucionalizado.
**Palavras-chave:** Idoso, ILPI, Funcionalidade, Fisioterapia.

## Introdução

Nos últimos anos houve um avanço significativo da expectativa de vida, o que ocorre em quase todos os países. O que no século passado era uma regalia de poucos, hoje passa a ser fato normal até nos países mais pobres, porém tendo início nos países desenvolvidos, e só então mais recentemente em países em desenvolvimento.

No Brasil, a população de idosos acima de 60 anos de idade ultrapassou a faixa dos 3 milhões em 1960, 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 apresentando um aumento de 500% em 40 anos e podendo alcançar 32 milhões de idosos em 2020 (VERAS E OLIVEIRA, 2018).

Segundo Brasil (2010), o aumento relativo da população de pessoas com uma determinada idade é definido como envelhecimento populacional o qual ocorre uma mudança na estrutura etária da população. No Brasil, é considerado idoso o indivíduo que tem acima 60 anos, tendo essa idade como marco definidor do início da velhice. Ciosak et al. (2011) abordam o envelhecimento como um fenômeno progressivo que acarreta o desgaste orgânico e gera mudanças nos aspectos emocionais, sociais e culturais.

O processo natural de envelhecimento é nomeado por senescência, e é observado como uma diminuição progressiva da capacidade funcional dos seres humanos em consequência das alterações fisiológicas advindas do envelhecimento do organismo, que em situações normais não provocaria nenhum problema, porém esse processo em circunstâncias de sobrecargas dos fatores intrínsecos e extrínsecos, que podem ocasionar doenças, estresse emocional e acidentes provocando uma condição patológica que demande uma assistência é chamado de senilidade (BRASIL, 2006).

Sendão (2018) apresenta esses fatores que interferem no envelhecimento saudável como fatores pessoais (intrínsecos) e fatores situacionais (extrínsecos), o qual o primeiro está relacionado à idade cronológica, comportamentos diários, hábitos em papel da sociedade e as perdas que afetam o emocional, como separação, situação de insucesso, privação dos papéis sociais, objetivos e sonhos. O segundo são condições externas, sociodemográficas, socioeconómicos, ambientais e institucionalização, sendo esse último fator um grande desencadeador de consequências negativas, decorrentes da ausência de privacidade, o afastamento familiar e o tratamento rotineiro e igualitário para todos os residentes sem ter em vista as diferenças, necessidades individuais de cada um e o estímulo a manutenção da capacidade funcional.

ISBN 978-65-86901-26-9

Segundo Moraes, Moraes e Lima (2010), o processo de envelhecimento biológico ocorre no nível celular e é de natureza multifatorial e condicionada da genética, é ativo e irreversível, causando ao indivíduo mais vulnerabilidade a acometimentos externos e internos, consequentemente acarretando a diminuição da capacidade funcional e o declínio da aptidão física nos idosos. Esses sinais da incapacidade funcional vão surgindo no decorrer da vida de forma discreta.

Lopes et al. (2015) apontam que com o passar do tempo, e a chegada da terceira idade, começam a aparecer problemas nas estruturas físicas, como uma diminuição da taxa hormonal e perda da massa muscular. Em decorrência desses fatores surgem à redução da força e aptidão física, desequilíbrios e a diminuição da capacidade de realizar as atividades de vida diárias.

Nesta fase da vida os seres humanos tendem a exibir características típicas, como maior presença de doenças crônicas não transmissíveis, fragilidade a fatores sociais e tendência ao isolamento, podendo desencadear depressão e o comprometimento da independência e autonomia, passando a apresentar dificuldades nas atividades de vida diária (LOURENÇO ET AL., 2012).

Segundo Brasil (2006) as restrições físicas, cognitivas e incapacidades funcionais não são implicações inevitáveis do processo de envelhecimento. A incapacidade aumenta com o a idade, porém há uma série de fatores que podem colaborar para a evolução do quadro de dependência em pessoas idosas, como a ausência de recursos ou a falta de cuidados peculiares de prevenção e promoção de saúde, viver abaixo da linha da pobreza, baixa escolaridade, portabilidade de doenças crônicas não transmissíveis, demência e sequelas de acidentes.

Em decorrência disso, em 19 de outubro de 2006, foi aprovada a portaria nº 2.528, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que visa garantir em consenso com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde SUS, a prevenção e promoção de saúde, independência e autonomia da pessoa idosa, gerando medidas individuais e coletivas para a prevenção de agravos e controle de doenças crônicas não transmissíveis, interagindo a saúde física com a mental, suporte social, capacidade funcional e independência financeira (BRASIL, 2006).

Desse modo, esse estudo objetiva analisar a relação entre institucionalização e a funcionalidade em pessoas idosas, além de buscar identificar os principais fatores que contribuem para a manutenção ou agravo da funcionalidade do idoso institucionalizado nos aspectos físicos, cognitivos, sociais e

funcionais; os principais instrumentos utilizados para avaliação das condições de saúde do idoso e as possibilidades de atuação do profissional fisioterapeuta na redução desses agravos.

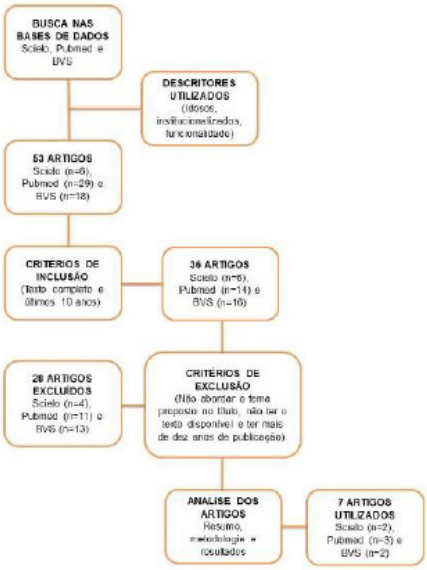
## Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa que se caracteriza como uma revisão de literatura a qual busca analisar pesquisas relevantes que auxiliam em uma melhor tomada de decisão na prática clínica, sintetizando o conhecimento de determinado assunto (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa possui uma abordagem metodológica que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais, combinando informações da literatura teórica e empírica, proporcionando assim uma melhor compreensão do fenômeno analisado, além de trazer uma rede de possibilidades e propósitos (SOUSA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Esta pesquisa foi realizada no período de agosto a novembro de 2019, refinando-se artigos disponíveis nas bases de dados Scielo, Pubmed e Biblioteca Virtual em Saúde. Para tanto, utilizou-se as seguintes palavras chaves: idosos, institucionalização e funcionalidade.

Figura 1 – Fluxograma metodológico da busca de dados




ISBN 978-65-86901-26-9

Os critérios de inclusão foram: ter o texto completo na íntegra, versão online gratuita, publicados nos últimos dez anos, nos idiomas português e inglês, já os critérios de exclusão foram: publicações que se repetem nas bases de dados e artigos publicados há mais de dez anos.

Para realizar a procura dos artigos nas bases de dados eletrônicas, utilizou-se de descritores pré-selecionados e encontrou-se 53 artigos elegíveis. Contudo, depois de aplicar os critérios de inclusão e exclusão ficaram 07 artigos para análise: dois artigos foram encontrados na base de dados SCIELO, três na Pubmed e dois na BVS.

## Resultados e discussão

A amostra desta pesquisa foi composta por sete artigos científicos, elegidos pelos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos anteriormente. Entre estes, dois foram encontrados na base de dados SCIELO, três na Pubmed e dois na BVS. O Quadro 1 apresenta uma descrição de cada artigo estudado.

O artigo de Gonçalves et al. (2010) foi publicado na revista Caderno de Saúde Pública na cidade do Rio de Janeiro, o de Maciel e Araújo (2010) na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia do estado do Rio de Janeiro, já o de Dantas et al. (2013) foi divulgado na Revista Brasileira de Enfermagem e o de Larrad et al. (2017) na revista GMC Geriatrics, que uma revista internacional. O estudo de Patino e Suarez (2012) foi exposto na Revista de Saúde Pública de Bogotá Colômbia enquanto o de Rodrigues, Molnar e Abreu (2016) foi publicado na revista Núcleo de Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento da cidade de Porto Alegre – RS e a pesquisa de Pagoto et al. (2016) na Revista Eletrônica de Enfermagem.

Quadro 1 – Descrição de artigos estudados

| AUTOR/ ANO | OBJETIVO | TIPO DE ESTUDO / POPULAÇÃO | MÉTODOS | CONCLUSÕES |
|---|---|---|---|---|
| **Maciel e Araújo (2010)** | Avaliar os fatores que podem esta associados as alterações da marcha e da força de preensão palmar em idosos institucionalizados | Estudo observacional analítico, transversal. 20 participantes, 11% da população de 187 residentes na instituição, sendo 11 mulheres e 9 homens. | MEEM; Escala de Lawton & Brody; CES-D (Escala de rastreamento de depressão); Dinamômetro manual hidráulico (JAMAR). | Os idosos institucionalizados são mais vulneráveis a síndrome da fragilidade e a maiores perdas funcionais e cognitivas. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Gonçalves et al. (2010)** | Explorar a relação entre capacidade funcional e a aptidão física de idosos residentes em ILPI | Estudo transversal, multicêntrico institucional. 377 idosos em seis instituições de estados diferentes | Escala de Katz; AAHPERD adaptada para idosos institucionalizados. | Verificou-se que houve uma relação entre a aptidão física e a capacidade funcional, e ressalta a importância de a implantação de um programa de atividades físicas na busca de prevenção e manutenção da funcionalidade de idosos institucionalizados amenizando assim os efeitos do processo de envelhecimento. |
| **Patino e Suarez. (2012)** | Avaliar a capacidade funcional e aptidão física de idosos que vivem em instituições de longa permanência em Barranquilla, Colômbia. | Estudo transversal, realizado com 469 sendo 214 moradores de ILPI e 255 membros de clubes para idosos. | Foi aplicado um questionário + escala de Barthel + escala de Lawton. | Foi verificado que existe uma relação entre a dependência para ABVD e o quadro clínico do idoso, relacionado as doenças crônica não transmissíveis como hipertensão arterial, diabetes e osteoporose. |
| **Dantas et al. (2013)** | Descrever a capacidade funcional e a presença de doenças crônicas e seus agravos em idosos institucionalizados. | Estudo descritivo de corte transversal. 164 idosos de ambos os sexos, residentes de 5 ILPI. | Questionário e Avaliação do desempenho funcional através da MIF; Escala de Lawton & Brody; MEEM, | O estudo confirma o quadro de fragilidade dos idosos institucionalizados onde a maioria necessita de auxilio de terceiros para realizar as atividades cotidianas. |
| **Rodrigues, Molnar, Abreu (2016)** | Comparar a funcionalidade de idosos independentes para a marcha que residiam em ILPI com os da comunidade. | Estudo transversal. 49 idosos, entre homens e mulheres, independentes para a marcha, sendo 20 idosos da comunidade e 29 da ILPI. | MEEM; BOMFAQ; GDS; BBS; DGI; POMA e TUG. | Os idosos institucionalizados apresentaram maior fragilidade e um pior desempenho na marcha, equilíbrio e mobilidade, comparados aos da comunidade. |
| **Pagoto et al. (2016)** | Comparar a prevalência de incapacidade funcional para as atividades básicas cotidianas em idosos residentes em duas modalidades de instituições e analisar os fatores associados a perda da funcionalidade em idosos. | Estudo transversal. 346 pessoas de sete ILPI. | MEEM e Escala de Katz | Prevalência maior de incapacidade funcional nos idosos residentes nos abrigos de permanência integral, e uma relação entre aumento de incapacidade funcional com o aumento do tempo institucionalização. Existe também evidencias que o comprometimento as atividades instrumentais relacionadas a participação do indivíduo em sociedade pode corroborar para a perda da capacidade funcional. |
| **Pagoto et al. (2016)** | Comparar a prevalência de incapacidade funcional para as atividades básicas cotidianas em idosos residentes em duas modalidades de instituições e analisar os fatores associados a perda da funcionalidade em idosos. | Estudo transversal. 346 pessoas de sete ILPI. | MEEM e Escala de Katz | Prevalência maior de incapacidade funcional nos idosos residentes nos abrigos de permanência integral, e uma relação entre aumento de incapacidade funcional com o aumento do tempo institucionalização. Existe também evidencias que o comprometimento as atividades instrumentais relacionadas a participação do indivíduo em sociedade pode corroborar para a perda da capacidade funcional. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Larrad et al. (2017)** | Verificar a eficácia de um programa de exercícios realizado com idosos residentes em uma ILPI na melhora ou na manutenção da funcionalidade, cognição e estado emocional e qualidade de vida. | Estudo randomizado multicêntrico, experimental, realizado em 7 instituições de longa permanência. | Os idosos foram divididos em dois grupos, G1 e G2. Ambos os grupos passaram pelo plano de treinamento com exercícios de força, equilíbrio e relaxamento, por 3 meses. Após esse tempo, foram reavaliados e o G1 continuou realizando o programa de exercícios e o G2 parou, passando a ser apenas o grupo controle. | O estudo mostrou que a pratica de atividade física trouxe melhora na capacidade funcional, estado cognitivo, emocional e condições bioquímicas. |

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

## 3.1 Instrumentos de avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa

Observou-se que os principais instrumentos utilizados nos estudos analisados foram: American Alliance for Health, Physical Education,Recreation and Dance (AAHPERD), Berg Balance Scale (BBS), Timed Up and Go" (TUG), Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionaire (BOMFAQ), Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), Dynamic Gait Index (DGI), Escala de Lawton & Brody, Índice de Barthel, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Medida de Independência Funcional (MIF), Performance Oriented Mobility Assessment (POMA).

Quadro 2 – Descrição dos instrumentos de avaliação das condições de saúde da pessoa idosa

| INSTRUMENTO | OBJETIVO | AVALIAÇÃO | RESULTADO |
|---|---|---|---|
| AAHPERD | Avaliar a capacidade de idosos realizar às atividades da vida diária. | Composto por cinco testes físicos dinâmico de agilidade/ equilíbrio, coordenação, flexibilidade, resistência aeróbia e força. | Escore final classificado em 5 níveis: muito fraco, fraco, regular, bom, muito bom. |
| BBS | Avaliar o equilíbrio. | 14 testes são utilizados para quantificar o desempenho do equilíbrio em indivíduos. | A soma dos 14 itens variam entre 0 a 56 pontos, sendo que quanto maior escore melhor desempenho. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| TUG | Avaliar a agilidade. | Consiste em mensurar o tempo que uma pessoa leva para se levantar de uma cadeira andar uma extensão de três metros, voltar e sentar-se na mesma cadeira. | Possui 3 classificações: até 10' – normal para adultos; 11'-20' - idosos com independência parcial; acima de 20' - idoso apresenta déficit acentuado da mobilidade física. |
| BOMFAQ | Analisa a dificuldade referida pelos mesmos em realizar quinze atividades habituais, sendo oito atividades básicas de vida diária. | Respondem sobre sua capacidade de comer, tomar banho, vestir-se, pentear cabelo, deitar/levantar da cama, andar no plano, controle de esfíncteres e cortar unhas dos pés, medicar-se na hora, preparar refeições, fazer limpeza de casa, fazer compras, subir escada, andar perto de casa, sair de condução. | Escala de 0 a 15, quanto maior o valor encontrado maior o comprometimento funcional. |
| CES-D | Avalia a frequência de sinais depressivos observados na semana antecedente à entrevista. | Aborda 20 itens com questões sobre humor, interações sociais, sintomas somáticos, funcionamento motor e outros. | Quanto maior o valor do escore final maior o risco de depressão. |
| DGI | Avaliar a mobilidade. | Composto por oito atividades que engloba a marcha em cenários sensoriais diferenciados, como caminhar em superfície plana, subir e descer escadas, mudanças na velocidade, horizontalização e verticalização da cabeça, ultrapassar e contornar obstáculos, e girar em seu próprio eixo corporal. | Máximo de 24 pontos, e uma somatória menor ou igual a 19 pontos pode indicar riscos de queda. |
| Escala de Lawton & Brody | Medir a incapacidade funcional em idosos, avaliando o nível de independência e autonomia na realização das atividades instrumentais de vida diária. | Comporta oito tarefas que estão relacionadas a vivencia do indivíduo em sociedade, como usar telefone, realizar compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar roupa, utilizar meios de transporte, administrar a própria medicação e gerir o dinheiro. | O escore final advém da soma dos pontos adquiridos nas 8 questões, sendo 0 para dependência total e 8 para independente. |
| Barthel de Índice | Mensurar o nível de independência de uma pessoa para a realização de suas atividades básicas de vida diária. | São avaliadas dez atividades, comer, tomar banho, vestir e despir, higiene pessoal, controle de esfíncteres, uso dos sanitários, transferência da cadeira para a cama, deambular, subir e descer escadas. | Máximo de 100 pontos, classificados em: dependência total – 0 a 20; dependência grave – 21 a 60; dependência moderada 61 a 90; dependência muito leve 91 a 99; independência 100 pontos. |
| MEEM | Examinar o cognitivo de pessoas adultas e idosas. | Composto por duas fases, com itens que avaliam orientação, memória, atenção, habilidade de nomeação, obediência a comandos verbais e escrito, redação livre ou cópia de um desenho complexo. | Os 30 pontos totais se dividem nas seguintes classificações: ≤ 23 - declínio cognitivo; 23 e 24 - déficit cognitivo; 24 e 26 - possibilidade de dúvidas; ≥27 – normalidade. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | | |
|---|---|---|---|
| MIF | Analisar quantitativamente a demanda de cuidados que uma pessoa necessita para realizar de uma série de atividades motoras e cognitivas presentes no cotidiano | 18 questões de autocuidado, transferência, locomoção, controle esfincteriano, comunicação, cognição social (interação social, memória e resolução de problemas). | Cada item ganha uma pontuação de 1 a 7, sendo que a menor nota compete a uma dependência total e a maior a independência total, assim podendo variar seu escore de 18 a 126 pontos. |
| POMA | Avaliar a marcha, equilíbrio e os riscos de queda. | 22 tarefas, as quais 13 analisam o equilíbrio e 9 a marcha. | O desempenho do equilíbrio pode ser classificado como normal, adaptativo e anormal e o da marcha em normal e anormal. |

Fonte: Elaborado pela autora, 2019

## 3.2 Relação entre a institucionalização e a funcionalidade da pessoa idosa

Maciel e Araújo (2010) analisaram em sua pesquisa 20 idosos com idade ≥65 anos e observaram uma correlação significativa com tempo de abrigo e a diminuição de força de preensão palmar. Por outro lado Oliveira, Santos e Reis (2017) constataram perante os resultados de sua pesquisa que os idosos que tinham limitações para realização das atividades instrumentais e básicas de vida diária possuíam diminuição da força de preensão manual, em suma concluiu-se que a diminuição da força de preensão palmar pode ser um indicador de incapacidade funcional.

Já em relação à marcha Maciel e Araújo (2010) viram que houve uma ligação com a função cognitiva e o escore de independência para as AIVDs (atividades instrumentais de vida diárias), contudo entre as doenças crônicas autorrelacionadas não houve diferenças nas médias em relação à velocidade da marcha e força de preensão palmar, semelhantemente a Josino et al. (2015), onde em seus resultados averiguou que não há relação entre doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes com a dependência para ABVDs (atividades básicas de vida diária), mobilidade e comunicação.

Em contraste com os autores acima, Patino e Suarez (2012) observaram um déficit maior de capacidade funcional para realização das atividades instrumentais de vida diária nos idosos que residem em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos), havendo uma relação direta das doenças crônicas como hipertensão, diabetes e osteoporose com a dependência para ABVD.

Rodrigues, Molnar e Abreu (2016) avaliaram 49 idosos com idade ≥ 60 anos independentes para a marcha, sendo 20 idosos da comunidade e 29 da

ILPI. Observaram uma diferença significativa na capacidade funcional entre os idosos da comunidade e os institucionalizados, os quais exibiram pior desempenho na marcha, equilíbrio e mobilidade, maior fragilidade e maior vulnerabilidade à depressão. Igualmente a Greve et al. (2007), que observaram uma maior dependência funcional em idosos institucionalizados, comparados a idosos não institucionalizados.

Nesse mesmo sentido, Ana Rodriguez-Larrad et al. (2017) verificaram a eficácia de um programa de exercícios realizado com idosos residentes em instituições de longa permanência e observaram que a prática de atividade física trouxe melhora na capacidade funcional, estado cognitivo, emocional e condições bioquímicas dos participantes.

Sob o mesmo ponto de vista, Szydloski (2015) afim de analisar a eficácia de um programa de exercícios, avaliou e comparou a marcha e o equilíbrio de idosos institucionalizados antes e depois da aplicação desse programa e observou que não houve diferença significativa quanto ao escore de equilíbrio pré e pós intervenção, porem diante do desempenho da marcha os participantes obtiveram resultados positivos e uma melhora expressiva após o programa de exercícios.

Pagoto et al. (2016) analisaram idosos residentes em ILPIs e Casa Lar e apontaram haver uma prevalência maior de incapacidade funcional nos idosos residentes nos abrigos de permanência integral além de um elevado grau de incapacidade funcional com o aumento do tempo institucionalização. Do mesmo modo Maciel e Araújo (2010) analisaram a correlação significativa com tempo de abrigo e a diminuição de força de preensão palmar, evidenciando assim que o comprometimento das atividades instrumentais relacionadas a participação do indivíduo em sociedade pode corroborar para a perda da capacidade funcional e o aumento do nível de dependência.

Dantas et al. (2013) avaliaram 164 idosos com idade ≥60 anos e residentes em ILPIs e observaram uma predominância do sexo feminino, solteiro, baixa escolaridade e com algum tipo de morbidade. Quanto a realização das ABVDs, 70% possuía a capacidade funcional prejudicada, apresentando comprometimento das funções cognitivas, sendo a demência a que mais causou perdas na capacidade funcionais, assim também, Greve et al. (2007), obteve resultados semelhantes, constatando que o déficit cognitivos pode comprometer a capacidade funcional, onde um baixo estado cognitivo está ligado a alterações do raciocínio e memoria, afetando a orientação espacial e temporal causando limitações da capacidade funcional.

Diferentemente, Gonçalves et al. (2010) avaliaram uma população de 377 idosos em seis instituições de estados diferentes e encontraram um público de maioria do sexo feminino, com entre 1 a 4 anos de escolaridade, não praticantes de atividade física e com uma classificação funcional na escala Katz como independentes para todas as atividades.

### 3.3 Atuação do profissional fisioterapeuta na melhoria da funcionalidade de idosos institucionalizados

Um dos fatores que mais contribuem para o declínio da funcionalidade em idosos institucionalizados é a inatividade, diante desse fato a atividade física, quando realizada com supervisão adequada e forma apropriada é um grande fator na melhoria da saúde, aptidão física e capacidade funcional nesse público, proporcionando ainda o contato social, a redução de quadros de doenças crônicas, melhoria saúde física e mental, aumentando a capacidade funcional, independência e autonomia (SANTOS, et al. 2001).

Assim, a fisioterapia tem um papel importante na prevenção, reabilitação, manutenção da capacidade funcional ou na recuperação desta sempre que possível, valorizando a autonomia, a independência do idoso e à máxima conservação da capacidade física, funcional e mental (ELY, et al. 2009).

Menezes et al. (2017) afirmam que a atividade física em grupo contribui para reduzir o isolamento e aumentar o convívio social, facilitando a interação social e amenizando o sentimento de solidão. Rodrigues et al. (2011) enfatiza que as intervenções fisioterapêuticas proporcionam melhora na capacidade física, estado emocional e consequentemente na qualidade de vida.

Silva, Vieira e Sampaio, (2018) descrevem a atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde do idoso, destacando a necessidade de uma abordagem mais específica para melhora da independência funcional e qualidade de vida, o treino de equilíbrio proprioceptivo influencia positivamente na melhoria do equilíbrio, redução de quedas, e na independência para a realização das atividades básicas de vida diária.

Completando, Gusmão e Reis (2017) dizem que são importantes o desenvolvimento de protocolos e condutas utilizando-se de exercícios de equilíbrio, coordenação motora, alongamento, fortalecimento muscular e treino de transferência, trazendo assim benefícios no equilibro, capacidade funcional e qualidade de vida.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Considerações finais

Constatou-se uma relação significativa com o tempo de abrigo e o declínio da capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária, o que aumenta com o tempo de institucionalização. Os idosos institucionalizados apresentam um pior desempenho em relação a marcha, equilíbrio e mobilidade. O comprometimento das atividades instrumentais de vida diária relacionadas à participação do indivíduo em sociedade, a inatividade, o afastamento familiar e a falta de estímulos contribuem para o declínio da funcionalidade, gerando uma tendência ao isolamento e depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência.

Dessa forma, a fisioterapia se apresenta como uma importante profissão desenvolvendo atividades de prevenção, manutenção e reabilitação da capacidade física, emocional e qualidade de vida, uma vez que as condutas fisioterapêuticas proporcionam uma melhora na capacidade física, equilíbrio, mobilidade e força, influenciando positivamente na independência funcional e qualidade de vida. Destaca-se que as práticas em grupo contribuem para a interação social, reduzindo o isolamento e amenizando o sentimento de solidão e assim diminuindo os riscos de depressão.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

APÓSTOLO, J.L.A. **Instrumentos para Avaliação em Geriatria.** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012.

BATISTONI, S.S.T. NÉRI, A.L. CUPERTINO, A.P. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale-Depression(CES-D) em idosos brasileiros. **Psico-USF,** v. 15, n.1, p. 13-22, jan./abr., 2010.

BENEDETTI, T.R.B. MAZO, G.Z. GONÇALVES, L.H.T. Bateria de testes da AAHPERD: adaptação para idosos institucionalizados. **Rev. Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano,** v. 16, n. 1, p.1-14, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série B. Textos Básicos de Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

CASTRO, M. PERRACINI, M.R. GANANÇA, F.F. Versão brasileira do Dynamic Gait Index. **Rev. Bras. Otorrinolaringologista,** São Paulo, v. 72, n. 6, nov./dez., 2006.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista Escola Enfermagem USP,** v. 45, n. 2, p.1763-1768, novembro, 2011.

DANTAS, C.M.H.L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 66, n. 6, p. 914-20, nov./dez., 2013.

ISBN 978-65-86901-26-9

Ely, J. C. et al. Atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano,** Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 293-297, mai./ago., 2009.

FRANCIULLI, S.E. et al. A modalidade de assistência Centro-Dia Geriátrico: efeitos funcionais em seis meses de acompanhamento multiprofissional. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** v. 12, n. 2, p. 373-380, 2007.

GONÇALVES, L.H.T. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro**,** v. 26, n. 9, p. 1738-1746, 2010;

GREVE, P. et al. Correlações entre mobilidade e independência funcional em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. **Rev. Fisioterapia em movimento,** Curitiba, v. 20, n. 4, p.117-124, 2007.

GUSMÃO, M. F. S. REIS, L. A. Efeitos do treinamento sensório-motor no equilíbrio de idosos: revisão sistemática. **Rev. Saúde Coletiva,** Feira de Santana, v. 7, n. 1, p. 64-70, Junho, 2017.

JOSINO, J. B. et al. Análise do estado de funcionalidade de idosos residentes em unidades de longa permanência. **Rev. Bras. Promoção a Saúde,** Fortaleza, v. 28, n. 3, p. 351-360, jul./set., 2015.

KARUKA, A.H. SILVA, J.A.M.G. NAVEGA, M.T. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. **Rev. Brasileira de Fisioterapia,** São Carlos, v. 15, n. 6, p. 460-6, 2011.

LARRAD, A.R. et al. Eficácia de um programa de exercícios multicomponente na atenuação da fragilidade no lar residentes a longo prazo: protocolo de estudo para um ensaio clínico randomizado controlado. **BMC Geriatrics**, p.17-60, 2017.

LOPES, C. D. C. et al. Treinamento de força e terceira idade: componentes básicos para autonomia. **Arch Health Invest**, v. 4, n. 1, 2015.

LOURENÇO, T. M. et al. Capacidade funcional no idoso longevo: Uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 176-185, junho, 2012.

MACIEL, A.C.C. ARAÚJO L.M. Fatores associados às alterações na velocidade de marcha e força de preensão manual em idosos institucionalizados. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 179-189, 2010.

MELO, D.M. BARBOSA, A.J.G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.

MENDES, K. D. S. SILVEIRA, R. C. C. P. GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez., 2008.

MORAES, E. N. MORAES, F. L. LIMA, S. de P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista de Medicina,** Minas Gerais, v. 20, n.1, p. 67-73, 2010.

OLIVEIRA, E.M. SANTOS, K.T. REIS, L.A. Força de preensão manual como indicador de funcionalidade em idosos. **Rev. Pesquisa em Fisioterapia,** v. 7, n. 3, p. 384-392, 2017.

PAGOTTO, V. SILVA, V.A.P. PEREIRA, L.V. SANTOS, D.P.M.A. Comparação da funcionalidade de idosos residentes em duas modalidades institucionais. **Rev. Eletrônica de Enfermagem,** v. 18, p. 1143, 2016.

PATINO, Y.P. SUAREZ, E.P. Funcionamento físico dos idosos institucionalizados e não-institucionalizados em Barranquilla, Colômbia. **Rev. Saúde pública,** v. 14, n. 3, 2012.

RIBERTO, M. et al. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Rev. Acta fisiátrica,** v. 1, n. 12, p. 72-76, 2004.

RODRIGUES, N.C. MOLNAR, P. ABREU, D.C.C. Avaliação funcional de idosos institucionalizados e não institucionalizados independentes para a marcha. **Estudo Interdisciplinar Envelhecento,** Porto Alegre, v. 21, n. 2, p. 105-118, 2016.

SANTOS, L. D. Eficácia da atividade física na manutenção do desempenho funcional do idoso: revisão da literatura. **Revista Fisioterapia Brasil,** v. 2, n. 3, mai./jun., 2001.

SENDÃO, M.J.G. **Promoção da saúde no idoso: contributos da enfermagem de reabilitação na manutenção da funcionalidade no idoso institucionalizado.** Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal, Abril, 2018.

SILVA, A. F. F. VIEIRA, M. M. L. SAMPAIO, T. C. F. V. S. Reeducação proprioceptiva no equilíbrio de idosos. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas.** v. 1, n. 2, p. 54-60, 2018.

SOUZA, M. T. SILVA, M. D. CARVALHO, R. **Revisão integrativa: o que é e como fazer.** FEHIAE, São Paulo, 2010.

SZYDLOSKI, T.P. et al. Marcha e equilíbrio em idosos institucionalizados: avaliação pré- e pós-exercícios físicos. **Rev. Kairós Gerontologia,** v. 18, n. 2, p. 327-338, 2015.

VERAS, R. P. OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018.

# CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO HOSPITALAR DE USUÁRIO EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL NO HU-USP

Rosé Colom Toldrá[1]
Tamires Nicodemos Vasques[2]
Carolina Pires Ambrósio[3]
Tamara Neves Finarde[4]

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi descrever a contribuição da atuação humanizada em saúde desenvolvida a um usuário em vulnerabilidade social, a partir de um estudo de caso acompanhado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo fundamentada nos registros em prontuário e vivências de residentes de Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Os resultados mostraram que a partir de uma relação terapêutica humanizada centrada nas necessidades do usuário foram desenvolvidas estratégias de reabilitação de forma integrada com a terapia ocupacional e a fisioterapia, e articuladas com a equipe com vista a produção de vida corroborando com o que é preconizado pela Política

1 Prof.ª Dr.ª e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), rosetoldra@usp.br;

2 Residente de Terapia Ocupacional do Programa de Residência Multiprofissional Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, tamires.to@usp.br;

3 Residente de Fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, carolina.ambrosio@usp.br;

4 Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), tamara.finarde@fm.usp.br;

Nacional de Humanização. Além das ações diretas com o usuário, realizaram-se ações com a rede social e serviço hospitalar de longa permanência. Dada à natureza das demandas sociais e de saúde do usuário foi possível reconhecer a importância à interdependência e complementaridade das ações compartilhadas com a equipe profissional para a humanização e integralidade do cuidado durante a hospitalização.

**Palavras-chave:** Vulnerabilidade Social, Humanização da Assistência Hospitalar, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Terapia Ocupacional, Fisioterapia.

## Introdução

A Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Área do Adulto e do Idoso desenvolvida pelo Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) é destinada aos profissionais das áreas que dão nome ao Departamento e refere-se à modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu. Os objetivos gerais da residência multiprofissional (RM) são: integrar o ensino-serviço-comunidade, consolidando a educação continuada e atitudes reflexivas do profissional de saúde, que atuará em ambiente hospitalar, em conformidade com as políticas do Sistema Único de Saúde (SUS); contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários, famílias e grupos sociais da área de abrangência dos serviços ao captar e interpretar suas necessidades de saúde; aperfeiçoar as formas de intervenção, de gerenciamento dos serviços e a integração entre os diferentes níveis de atenção saúde; integrar propostas que promovam humanização das relações e diálogo entre trabalhadores das diversas especialidades e usuários dos serviços (BRASIL, 2012; USP, 2020).

Evidencia-se que a criação do Programa de Especialização na categoria de Residência em Saúde possibilita a educação continuada para compreensão e atuação na realidade cotidiana da população-alvo e responde à política governamental, sobretudo relacionado ao cuidado multiprofissional (BRASIL, 2012).

O cuidado realizado por uma equipe multiprofissional é definida por uma modalidade coletiva de trabalho que se caracteriza pela relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação de diferentes áreas profissionais, criando um campo de aproximação de saberes empenhados em solucionar os problemas de saúde (FERREIRA, VARGA, SILVA, 2009). Essa atuação é pautada pela prática humanizada e no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade, desenvolvendo ações de prevenção e promoção da saúde, afinadas com os membros da equipe (SILVA et al., 2013).

A interdisciplinaridade, por sua vez, exige a interlocução entre disciplinas para o entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano. Ela perpassa a integração de saberes e práticas, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho e, implica nos esforços das diferentes profissões envolvidas visando a negociação para definição das competências necessárias

ISBN 978-65-86901-26-9

para solucionar um caso (SCHERER, PIRES, 2011; SCHERER, PIRES, JEAN, 2013).

Considerando a aplicabilidade desses conceitos, coloca-se o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) como campo de atuação do presente estudo. O HU-USP constitui-se como um serviço de nível de média complexidade, cuja assistência envolve a promoção da saúde, prevenção das doenças ou danos, tratamento e reabilitação, além de oferecer manutenção e suporte às necessidades do usuário e a família (BRASIL, 2007) com objetivo de atender os principais agravos de saúde da população que têm passado por mudanças demográficas profundas, oriundas do aumento da expectativa de vida e da redução das taxas de natalidade e de mortalidade infantil (IBGE, 2013).

Tais mudanças demográficas e dos padrões socioeconômicos, trazem consigo novos desafios para a saúde da população brasileira, observada pela modificação dos padrões de adoecimento e morte, no que pode ser caracterizado como uma transição epidemiológica. Evidenciam-se três aspectos acerca disso: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade da população mais jovem para a população mais idosa; e predomínio da morbidade excedente ao da mortalidade (OMRAM, 2001). Dados do Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT), da Secretaria de Vigilância em Saúde, assinalam que dentre as principais causas de mortalidade no ano de 2017 no estado de São Paulo, destacam-se as doenças cerebrovasculares com o maior número de óbitos (7.771) na população com idade entre 50-59 anos (BRASIL, 2017).

Dentre as doenças cerebrovasculares, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) apresenta altos níveis de morbimortalidade e, nos casos em que os indivíduos acometidos pela doença não vierem a óbito, poderão cursar com quadros de incapacidades funcionais que se apresentarão como provisórios ou permanentes (DAMATA et al., 2016). O AVC pode se manifestar na forma isquêmica quando ocorre a obstrução do vaso dificultando o suprimento de oxigênio e substratos ao tecido cerebral e na forma hemorrágica com extravasamento de sangue dentro ou em volta das estruturas do sistema nervoso central (CHAVES, 2000). Os principais fatores de risco para a doença são divididos em não modificáveis e modificáveis. Os fatores não modificáveis são: idade avançada, sexo masculino e raça negra. Já os modificáveis são, principalmente,

a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e o tabagismo (CASTRO et al., 2009).

Além das doenças cerebrovasculares, outras doenças como a tuberculose geram preocupação nas regiões metropolitanas e unidades hospitalares. Os indicadores de mortalidade por essa causa em São Paulo no ano de 2018 apontam um percentual de 73,9% entre pessoas de 11 a 64 anos (BRASIL, 2020). Trata-se de uma doença grave de saúde pública em esfera mundial com maiores complicações quando associada às condições sociais e econômicas precárias. Por se tratar de uma condição infectocontagiosa, transmitida através de gotículas de aerossóis, causada por um microrganismo chamado *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (BAAR), exige a precaução de aerossóis no tratamento hospitalar, logo, requer isolamento do paciente (SILVA et al., 2018).

Ressalta-se a interação de condições fisiológicas e sociais na determinação de risco às diferentes doenças. Condições sociais consideradas pilares básicos da saúde são: alimentação, moradia e trabalho, concomitante a isso existem claras evidências de que a situação socioeconômica desempenha papel central na causa das enfermidades (SANTOS et al., 2014).

Destaca-se a influência da vulnerabilidade social sobre a saúde, nesse estudo. A concepção de vulnerabilidade envolve multideterminação, que não está estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (BRASIL, 2009). Algumas das principais características que marcam o estado de vulnerabilidade social são as condições precárias de moradia e saneamento, os meios de subsistência inexistentes e a ausência de um ambiente familiar. Assim, vulnerabilidade social representa as múltiplas determinações que incidem sobre os contextos de cidadãos que vivenciam frágil ou nulo acesso a direitos (DO CARMO; GUIZARDI, 2018).

As condições de saúde acima referidas devem ser compreendidas em seu contexto social. A atenção humanizada e ampliada favorece à compreensão dos múltiplos fatores que incidem na produção do adoecimento, na dificuldade de adesão do sujeito ao tratamento medicamentoso e terapêutico e nas restrições vivenciadas de acesso aos demais bens e serviços públicos. Nessa perspectiva a atenção humanizada e ampliada configura-se abordagem necessária à recuperação da saúde.

Assim, o objetivo do presente estudo é descrever a contribuição da atenção humanizada e ampliada, desenvolvida por residentes das áreas de Terapia Ocupacional e Fisioterapia do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar: Saúde do Adulto e do Idoso a um usuário adulto hospitalizado em vulnerabilidade social acompanhado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP).

## Metodologia

O presente trabalho refere-se a um estudo de caso descritivo de caráter qualitativo. Nessa categoria de pesquisa há a necessidade de aprofundar a descrição de determinada realidade de modo que os resultados atingidos permitam formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 1987). Para Gil (2002) essa modalidade de pesquisa utilizada nas áreas de ciências sociais e de saúde pode ser planejada em várias etapas como: formulação do problema, definição da unidade-caso, coleta de dados, avaliação e análise dos dados e preparação do relatório.

Identificou-se como problema a dificuldade da equipe multiprofissional HU-USP em conduzir as estratégias de tratamento durante o período de hospitalização e vislumbrar sua continuidade após a alta, dado o quadro de vulnerabilidade social associado aos diversos problemas de saúde que dificultaram a adesão e participação do usuário no tratamento.

A escolha do caso foi motivada pelo fato do usuário em questão possuir múltiplos diagnósticos, encontrar-se na transição entre a maturidade e a velhice, com longo período de internação, em vulnerabilidade social decorrente da ausência de rede de suporte e devido aos desafios para a adesão ao tratamento durante a hospitalização e após a alta. A coleta e análise do estudo de caso foram realizadas com base nos registros em prontuário das áreas de Terapia Ocupacional e Fisioterapia associados às vivências dos residentes de Terapia Ocupacional de ambas as áreas, referentes ao período de abril a maio de 2020.

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo n° 365/2013. Tendo em vista a preservação e privacidade dos dados optou-se por utilizar as iniciais fictícias A.B., para a identificação do caso.

## Resultados e discussão

Usuário A.B., é do sexo masculino, natural de Alagoas, 59 anos, não alfabetizado, tabagista, diabético tipo 2 não insulinodependente, história pregressa de tuberculose pulmonar tratada em 2004, cardiopatia de origem chagásica com marcapasso implantado em 2017 e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida, sem acompanhamento medicamentoso das doenças prévias. Foi admitido no HU-USP no dia 19/04/2020 com quadro de hemiplegia à esquerda associada a desvio de rima labial e desvio do olhar conjugado para a direita, com diagnóstico interrogado para acidente vascular cerebral (AVC).

Após a realização de exames de imagem foi confirmado o diagnóstico de AVC isquêmico sem etiologia definida. Associado a esse quadro, o usuário queixou-se também de tosse e perda de peso nos últimos meses. A radiografia e tomografia computadorizada de tórax demonstrou imagem sugestiva de tuberculose, o que foi confirmado a partir da baciloscopia direta do escarro.

Acerca da história de vida e familiar, destaca-se o fato de ser uma pessoa em situação de rua que utiliza do serviço de albergue na cidade de São Paulo. Seus familiares residem no Rio de Janeiro e não se responsabilizam pelo cuidado, não há desejo de ambas as partes em estabelecer contato. Destaca-se uma conduta de afastamento social por parte de A.B., o que se confirma por Botega (2002) como repercussão das ameaças e frustrações que acompanham o adoecer.

Durante a internação apesar de o usuário manter-se estável do ponto de vista clínico, seu caso mobilizou diferentes especialidades médicas, terapêuticas e assistenciais do hospital dado à multiplicidade de fatores envolvidos, pois além de vivenciar um processo de saúde-doença complexo para o qual o usuário demonstra dificuldade de compreensão e adesão ao tratamento, está desassistido por sua rede de suporte social e familiar. Em consonância com os fatores envolvidos no caso em estudo, na literatura é descrito que a não adesão pode estar relacionada às variáveis (1) sócio-econômicas: escolaridade, renda individual, ocupação, situação ocupacional, classe econômica e condições de moradia; (2) assistência dos serviços de saúde: tempo e comparecimento às consultas nos últimos 12 meses e fonte de obtenção dos medicamentos; (3) características pessoais: sexo, idade, estado civil, religião, consumo de tabaco e álcool, prática de atividades físicas, interrupção prévia do tratamento e presença de comorbidades; (4) tratamento medicamentoso e tempo de tratamento (SANTA-HELENA; NEMES; NETO, 2010).

ISBN 978-65-86901-26-9

Durante o período inicial observou-se em A.B. o comportamento de superestimar capacidades funcionais relacionadas à independência prévia para as atividades, devido negação das sequelas motoras resultantes do AVC. A.B. realizou tentativa de evasão da unidade de internação, culminando em queda da própria altura, o que resultou na necessidade de restrição mecânica ao leito pela contenção de membros superiores e manutenção de grades elevadas para sua segurança. Além da negação de seu diagnóstico, não desejava que fosse mencionado o nome tuberculose durante o tratamento. Segundo Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008) a negação da limitação física e cognitiva, expressa a dificuldade presente em pacientes neurológicos de simbolizar a perda e confrontar-se com a experiência da doença.

No período de internação foram realizados atendimentos de Terapia Ocupacional e de Fisioterapia visando à reabilitação precoce com apoio dos demais profissionais da equipe na perspectiva de atenção humanizada e ampliada. Nesse contexto a Terapia Ocupacional realizou cinco atendimentos com duração média de uma hora, considerando a necessidade de auxiliá-lo na adesão às propostas terapêuticas. Os principais objetivos de tratamento do terapeuta ocupacional com usuários que possuem déficits neurológicos envolvem: desenvolver habilidades para voltar a realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), necessárias para o desempenho no ambiente pós-alta; melhorar o controle postural como componente de desempenho de tarefas que demandam equilíbrio e trocas posturais (ex. vestir); prevenir o desenvolvimento de quadros álgicos, restrições mecânicas ou deformidades no membro superior afetado; adquirir percepção somatossensorial e/ou empregar estratégias compensatórias para realizar com segurança AVDs; identificar recursos para ajudar na adaptação ou estratégias de enfrentamento para maior independência e autonomia (WOODSON, 2005) bem como minimizar os efeitos da hospitalização.

A avaliação terapêutica ocupacional compreendeu o levantamento de repertório ocupacional, estado funcional (mobilidade, transferências e cuidados pessoais), avaliação sensorial. Constatou-se que A.B. era destro, requeria assistência moderada para o desempenho das AVDs (banho, higiene íntima, vestir e mobilidade funcional), nesse momento restrito ao leito com o uso de fralda e comadre, alimentação via oral realizada com supervisão realizada com o membro superior sadio dominante. Requeria assistência devido à hemiparesia, hipotonia e alteração de sensibilidade no membro superior esquerdo (MSE).

Mostrou-se importante nesse processo terapêutico ocupacional, embora em um contexto hospitalar, não limitar a atenção às condições clínicas e déficits funcionais, mas fundamentalmente integrar com outros aspectos como sua história de vida e atividades significativas (CARRARETTO; AGUIAR, 2018). Nessa perspectiva, A.B. mencionou repertório ocupacional restrito, apenas exercício da religiosidade (evangélico), atividade de trabalho não esclarecido e assistir ao jogo do Fluminense.

Os atendimentos contemplaram o estabelecimento de uma relação terapêutica humanizada e centrada nas necessidades do usuário, com vistas a favorecer os cuidados com a saúde e reabilitação. Tendo em vista que A.B. apresentava dúvidas acerca da necessidade de restrição no leito, precaução de aerossóis, tratamento hospitalar e rotina institucional, manifestava atitude de insatisfação e de queixa, por desejar sair do quarto e ter alta hospitalar. Assim, buscou-se acolher suas necessidades por meio da valorização dos aspectos psicoemocionais com esclarecimentos de dúvidas sobre o quadro clínico, motivo da hospitalização e espaço para expressão de suas angústias (PEREIRA et al., 2020).

Em paralelo as estratégias de reabilitação envolveram percepção da consciência corporal e movimentos para dissociação de cinturas (escapular e pélvica), alcance e descarga de peso em sedestação à beira leito, componentes de desempenho essenciais para à realização de Atividades de Vida Diária (AVDs), como vestir metade superior do corpo, entre outras. A.B. apresentou baixa tolerância à frustração e subestimou suas capacidades, apesar de ter sido capaz de sentar com controle de tronco, ainda que com postura assimétrica e insegurança quando sem apoio. Durante o seu acompanhamento foi realizada contato com a equipe de profissionais, para discussão das estratégias terapêuticas, dentre elas acerca do uso de órtese de posicionamento provisória, para prevenção de deformidades em membro superior esquerdo (MSE) plégico, tendo em vista a necessidade de colaboração de diferentes membros da equipe para o seu uso de forma apropriada e segura na rotina hospitalar.

Durante o processo de acompanhamento buscou-se esclarecer sobre a importância do envolvimento de A.B. no tratamento, encorajá-lo e, também, corresponsabilizá-lo pela melhora do seu estado geral e recuperação das capacidades funcionais. Para favorecer sua participação foram oferecidas orientações com imagens impressas da movimentação autopassiva de MSE, utilizando o membro não acometido a partir de fundamentos do método de Brunnstrom, para estimular a reabilitação precoce a partir da reeducação

motora (FREITAS, 2000). A.B mostrava-se pouco colaborativo e desmotivado quando apresentava dificuldade. Assim, para o seu maior envolvimento optou-se por atendimentos no período da manhã, com término próximo do horário do almoço, oportunizando o acompanhamento da atividade de alimentação, que era intrinsecamente motivadora.

No seguinte atendimento foi retirada a restrição mecânica e sedestação à beira leito. A.B. permaneceu com insegurança de controle de tronco quando sem apoio, aderindo pouco a atividade motora global. Foi reforçada a importância para sua recuperação à realização de mobilização autopassiva guiada pelo material de orientação disponibilizado em diferentes momentos do dia, de modo a estimular o protagonismo no seu tratamento. Embora A.B. não tenha aceitado permanecer em sedestação à beira leito concordou em realizar as sequências de movimentos de forma passiva em decúbito dorsal, combinado posteriormente a tentativa com a participação do usuário. Aceitou o uso de órtese de posicionamento por duas horas alternando com duas horas de repouso e uso noturno. Para tanto, foi imprescindível a colaboração da equipe de enfermagem. Os demais atendimentos foram realizados em conjunto com a fisioterapia tendo em vista os benefícios da atuação de forma integrada.

Os atendimentos fisioterapêuticos eram realizados diariamente com acompanhamento de duas vezes ao dia em turnos distintos (manhã e tarde), exceto aos finais de semana até a alta hospitalar. Durante toda a internação A.B. manteve-se estável em relação ao quadro respiratório. Os sintomas respiratórios eram tosse e expectoração de secreção, sem relato de dispneia ou sinal de desconforto respiratório, bem como manutenção dos níveis de saturação de oxigênio. Dessa forma, definiram-se como objetivos para atenção de A.B. evitar os efeitos deletérios do descondicionamento e um maior comprometimento de todo o sistema, que pudessem gerar incapacidades significativas; otimizar a plasticidade cerebral e acelerar a recuperação do usuário visando melhores resultados relacionados à sua funcionalidade.

As atividades e recursos terapêuticos foram escolhidos com base nos conceitos de mobilização precoce, que é compreendida como a retirada do usuário do leito no período de 24 horas do ocorrido, para evitar ou minimizar os efeitos prejudiciais da restrição ao leito. A mobilização precoce baseia-se na cinesioterapia ativa/passiva, sedestação à beira do leito, ortostase, transferências e posicionamentos com mudanças a intervalos regulares (SILVA, NASCIMENTO, BRITO, 2013).

Assim, tendo em vista a importância da integridade musculoesquelética, foram realizados exercícios passivos em hemicorpo plégico, alongamentos passivos, orientações sobre posicionamento e exercícios ativos e resistidos em hemicorpo sadio, na maioria dos atendimentos. Foram estimulados treinos de transição postural, propriocepção, equilíbrio e controle de tronco quando em sedestação à beira leito, além de atividades funcionais, sendo estas pouco acatadas pelo usuário. Conforme A.B. mostrava evolução em relação aos exercícios, era proposto aumento da demanda e esforço do usuário, mas A.B. mantinha-se pouco colaborativo.

Para estimular a recuperação da marcha foi estimulado o ortostatismo e o treino de marcha, visto que a marcha hemiplégica é caracterizada por alterações na fase de balanço e apoio devido principalmente a flexão dorsal do tornozelo e extensão do quadril insuficiente. Esse padrão de marcha impede posicionamento adequado do pé e quadril, alterando assim toda a dinâmica da marcha e dificultando a redução do consumo energético (IWABE; DIZ; BARUDY, 2008). Inicialmente foi utilizado o andador fixo como dispositivo auxiliar e apoio bilateral para efetividade do ortostatismo e treino de passada. Tentou-se ainda evoluir o treino de marcha com a bengala de 4 pontos. A adesão do usuário às propostas oscilava diariamente e a recusa aos atendimentos tornou-se mais constante.

A partir da discussão do caso entre residentes de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, comum na rotina de atendimento na clínica médica, identificou-se o acompanhamento conjunto como estratégia para favorecer a adesão ao tratamento, em substituição às terapias separadas, tendo em vista os objetivos comuns de promoção de uma atenção humanizada e ampliada, recuperação motora, independência nas atividades. O raciocínio clínico a partir de metas coerentes e bem planejadas e o trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade são elementos indispensáveis para a resolutividade de um caso (CARRARETTO; AGUIAR, 2018, p. 241).

Em consonância com o que é preconizado pelo SUS, além da interdisciplinaridade como dispositivo de gestão na atenção, destaca-se a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), para apoiar o aumento da eficácia da prática clínica (BRASIL, 2007) na perspectiva da clínica ampliada, neste caso buscando superar o cuidado fragmentado, muitas vezes presente na rotina hospitalar.

Por conseguinte, se deu seguimento ao atendimento interdisciplinar com o usuário, ainda que pouco comunicativo e com colaboração limitada após

ISBN 978-65-86901-26-9

muito estimulo. Dada à importância da motivação no processo de recuperação da saúde e reabilitação, foi utilizado um *tablet* para escolha de músicas significativas, A.B. optou por músicas evangélicas. Buscou-se associar atividades de interesse do usuário as atividades funcionais para a aquisição de maior independência.

No sentido de propiciar a participação do usuário optou-se pela realização de atividade conjunta com a Fisioterapia e Terapia Ocupacional utilizando-se de bola durante o treino com bengala de 4 pontos. Na sequência retornou à posição em sedestação à beira leito para treino de alimentação com posicionamento adequado e MSE plégico sobre a mesa como apoio. O treino de vestuário ocorreu uma vez que o usuário derrubou alimento em sua vestimenta.

Nos demais atendimentos realizados em conjunto, observou-se uma modificação de comportamento de A.B., dessa vez, prontamente comunicativo e colaborativo. Mais uma vez a tecnologia foi um importante aliado em seu processo, já que o *tablet* possibilitou realizar contato com o pastor da igreja que frequentava, o qual referiu não ter realizado a visita no hospital devido à restrição pela pandemia da COVID-19. Embora com o diagnóstico de TB ativa também não seria possível a visita. O efeito do contato com sua rede social foi fundamental para a participação de A.B. em seu processo de recuperação, uma vez que permitiu ao usuário, o reconhecimento de si a partir da sua rede e a estima por sua recuperação, expressa em falas de bem-estar ao longo do atendimento como "o pastor está orando por mim".

As propostas terapêuticas voltadas à recuperação de habilidades motoras com o usuário em sedestação à beira leito, mobilização autopassiva de MSE foram mantidas bem como atividades mais complexas como a alimentação com controle de tronco. Em ação conjunta, realizou-se treino de marcha com barreira e, com auxílio de ambas as terapeutas, chutou bola com apoio de lado afetado e treino de uso do vaso sanitário com cadeira de banho, sendo essa a primeira vez que a higiene pessoal do usuário foi autossuficiente e vivenciada no seu contexto e ambiente de desempenho (banheiro).

Somada às estratégias referidas para maior recuperação de sua condição de saúde e funcionalidade foram associadas outras demandas do usuário, tendo em vista importância da produção de vida como preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (BRASIL, 2007). Assim, foi articulado com a nutricionista à possibilidade da oferta de uma pequena quantidade de café preto, a fim de reunir esforços para valorizar a qualidade de

ISBN 978-65-86901-26-9

vida na rotina intra-hospitalar "engessada" considerando o que é possível nesse ambiente e, ao mesmo tempo, valorizando o desejo do usuário.

Assim, as estratégias desenvolvidas em conjunto com a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia, aperfeiçoaram as propostas do ponto de vista da participação e do processo de reabilitação a partir do interesse e envolvimento de A.B. Para a continuidade do cuidado, após a alta hospitalar, tendo em vista a vulnerabilidade social expressa pela ruptura de laços familiares e situação de rua durante o período vespertino e albergue noturno, a equipe multiprofissional somada aos esforços da assistente social, em articulação com a rede de serviços optou, em comum acordo com A.B., em transferi-lo para um hospital de longa permanência, para a realização do tratamento para tuberculose supervisionado e suporte para recuperação das limitações funcionais decorrentes do AVC.

## Considerações finais

O Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar da área de concentração Saúde do Adulto e do Idoso, com participação dos residentes de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, viabilizou a construção de ações compartilhas com a equipe de profissionais do hospital, de acordo com a premissa de que as práticas respondam às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS).

A adesão do usuário ao tratamento envolveu questões relacionadas ao cuidado integral, avaliação e abordagem terapêutica multidimensional. Assim, a realização dos atendimentos conjuntos com a Terapia Ocupacional e a Fisioterapia, como estratégia para favorecer a adesão e participação do usuário no tratamento e o desenvolvimento e valorização de ações de interesse do mesmo, culminaram na demonstração de satisfação do usuário. A atenção centrada nas demandas dos usuários e identificação de objetivos comuns entre ambas às áreas profissionais favoreceu a humanização da assistência; promoção da independência e autonomia no desempenho de atividades e melhora das condições funcionais comprometidas devido ao AVC.

Além das ações diretas com o usuário, destacam-se ações com a rede social de A.B.; ações integradas com a equipe profissional de Enfermagem, Nutrição, Medicina e Serviço Social, bem como com outros serviços para possibilitar a transferência para o hospital de retaguarda.

ISBN 978-65-86901-26-9

A prática do cuidado em saúde de forma integrada, principalmente pela área de Terapia Ocupacional e Fisioterapia e em colaboração com os demais membros da equipe foi imprescindível para a tomada de decisões conjuntas, o que tornou possível considerar a complexidade da realidade de vida e de saúde do usuário. Tal condução favoreceu minimizar os efeitos da experiência da doença e hospitalização. Por fim, foi possível reconhecer a importância da interdependência e da complementaridade das ações compartilhadas com a equipe profissional para a humanização e integralidade do cuidado durante o período de hospitalização.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

BOTEGA, J. N. Reação à Doença e à Hospitalização. In: **Prática Psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. BOTEGA, J. N. Porto Alegre: Artmed, 2002, cap. 3, p. 43-59.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Resolução nº 2, de 13 de Abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª ed. Série B - Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007, 248 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose 2020**. Secretaria de Vigilância em Saúde, mar. 2020. 40 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-de-turbeculose-2020>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Principais causas de morte 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2017. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/gbd-brasil/principais-causas/>.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS**/2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS, 2009. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2 004.pdf>.

CARRARETTO, C. P.; AGUIAR, P. C. Terapia Ocupacional em Condições Neurológicas e Neurodegenerativas em Contextos Hospitalares. In: **Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Editora Payá, 2018, cap. 10.2, p. 241-255.

CASTRO, J. A.; EPSTEIN, M. G.; SABINO, G. B.; NOGUEIRA, G. L.; BLANKENBURG, C.; STASZKO, K. F. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med**. 2009;7(3):171-3. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n3/a171-173.pdf>.

CHAVES, M. L. Acidente vascular encefálico: conceituação e fatores de risco. **Rev. Bras. Hipertens.** 2000;7(4):372-82. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/7-4/012.pdf>.

DAMATA, S. R.; FORMIGA, L. M.; ARAÚJO, A. K.; OLIVEIRA, E. A.; OLIVEIRA, A. K.; FORMIGA, R. C. Perfil epidemiológico dos idosos acometidos por acidente vascular cerebral. **R. Interd**. 2016;9(1):107-17. Disponível em: <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/751>.

DO CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Ensaio. **Cad. Saúde Pública.** 34 (3), 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2018.v34n3/e00101417/>.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2009; 28:1421-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000800015&script=sci_arttext>.

FREITAS, E. D. **Manual prático de reeducação motora do membro superior na hemiplegia:** Fundamentado no método Brunnstrom. São Paulo: Memnon, 2000.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisas. São Paulo: Atlas, 2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060; Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2030**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 21 p. Disponível em: <www.ibge.gov.br>.

IWABE, C.; DIZ, M. A. R.; BARUDY, D. P. Análise cinemática da marcha em indivíduos com Acidente Vascular Encefálico. **Rev. Neurocienc.** 2008;16/4: 292-296. Disponível em: <http://www.cpaqv.org/biomecanica/analise%20cinematica%2005.pdf>.

OMRAM, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, 79(2):161-170, 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862001000200012&lng=en&nrm=iso>.

PEREIRA, J. B., ALMEIDA, M. H. M. D., BATISTA, M. P. P., TOLDRÁ, R. C. Contribuições da terapia ocupacional no atendimento a usuários com insuficiência renal crônica no contexto de hospitalização. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 575-599, jun. 2020. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102020000200575&lng=en&nrm=iso>.

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102=311-2010001200017X&lng=en&nrm-iso>.

SANTOS, R.; MARTIN, S.; GODOY, I.; FRANCO, R. J. S.; MARTIN, L. C.; MARTINS, A. S. Influência do nível socioeconômico sobre os fatores de

risco cardiovascular. **JBM**, 2014, v. 102, n. 2. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n2/a4193.pdf>.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, 3203-3212, nov. 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2013.v18n11/3203-3212/pt>.

SCHERER MDA, PIRES D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva** 2011; 5(1):69-84. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/919>.

SILVA, P. A.; SILVA, G. M. L.; RODRIGUES, J. D.; MOURA, P. V.; CAMINHA, I. O.; FERREIRA, D. K. S. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, 2013, p. 153-160. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92926313018.pdf>.

SILVA, M. E. N.; LIMA, D. S.; SANTOS, J. E.; MONTEIRO, A. C. F.; TORQUATO, C. M.; FREIRE, V. A.; RIBEIRO, D. B. C.; FEITOSA, A. C. S.; TEIXEIRA, A. B. Aspectos gerais da tuberculose: uma atualização sobre o agente etiológico e o tratamento. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Ceará, 2018. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/artigos/aspectos-gerais-da-tuberculose-uma-atualizacao-sobre-o-agente-etiologico-e-o-tratamento/>.

SILVA, D.C.S.; NASCIMENTO C.F.; BRITO, E.S. Efeitos da Mobilização Precoce nas Complicações Clínicas Pós-AVC: Revisão da Literatura. **Rev Neurocienc** 2013; 21(4):620-Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8146/5678>.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

USP. Universidade de São Paulo, Brasil. Cursos e Atividades de Extensão. **Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar.** 1999 - 2020

- Superintendência de Tecnologia da Informação/USP. Disponível em: <https://uspdigital.usp.br/apolo/apoObterCurso?cod_curso=50500005&-cod_edicao=12001&numseqofeedi=1>.

WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F.; DRUMMOND, C. O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 139-170, mar. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482008000100008&lng=pt&nrm=iso>.

WOODSON, A. M. Acidente Vascular Cerebral. Cap.38. In: TROMBLY, C. A.; RADOMSKI, M. V. **Terapia Ocupacional para Disfunções Físicas**. 5 ed. São Paulo: Santos, 2005.

# CONDIÇÕES COGNITIVAS, FUNCIONAIS, DOENÇAS CRÔNICAS E SAÚDE BUCAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: ESTUDO TRANSVERSAL

Nathany Pinheiro de Souza[1]
Lígia Antunes Pereira Pinelli[2]
Andréia Affonso Barretto Montandon[3]

**Resumo:** O número de idosos institucionalizados tem aumentado como resultado do envelhecimento mundial da população, com saúde bucal precária e alta dependência. Este estudo avaliou dados sóciodemográficos, de saúde bucal, doenças crônicas, ingestão de medicamentos, comprometimento cognitivo e funcional entre idosos institucionalizados com o objetivo de estabelecer metas de cuidados. Trata-se de um estudo transversal envolvendo 160 idosos institucionalizados. Os dados sobre as variáveis sociodemográficas, doenças crônicas e consumo de medicamentos foram coletados por meio de prontuários e entrevistas com a enfermagem. Os estados cognitivo e funcional foram avaliados por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e das escalas de Atividade Básica e Instrumental da Vida Diária (AVD e AIVD), também foi realizado exame clínico intraoral. A média de idade dos idosos foi de 77,08 anos, com 65,0% de mulheres. Doenças psiquiátricas (29,9%) e cardiovasculares (27,7%) foram as mais prevalentes; 71,9% apresentaram déficit cognitivo considerando a escolaridade; 70,7% dos idosos têm dependência nas AVD e 90,6% nas AIVD. O comprometimento cognitivo e funcional aumentou com o envelhecimento. O CPOD médio foi de 27,8; 61% eram edêntulos e metade das necessidades protéticas eram de próteses totais. Língua saburrosa (26,8%)

1 Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara, ex bolsista de Iniciação Científica FAPESP, nathanypinheiro@hotmail.com;

2 Docente da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara, ligia.pinelli@unesp.br;

3 Docente da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Odontologia, Araraquara. andreia.montandon@unesp.br;

ISBN 978-65-86901-26-9

e candidíase (25,6%) foram as lesões mais prevalentes. A população avaliada se mostrou altamente especifica em relação à dependência funcional, cognição e em relação às necessidades odontológicas. O conhecimento dessa realidade deve orientar os profissionais para um melhor planejamento dos cuidados.
**Palavras-chave:** Assistência Odontológica para Idosos, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Serviços de Saúde para Idosos, Idoso.

## Introdução

O aumento global da população idosa aumenta a pressão sobre os sistemas de saúde e serviços prestados aos idosos em todos os países, especialmente os em desenvolvimento. Em 2019, o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 1 bilhão. Esse número aumentará para 1,4 bilhão em 2030 e 2,1 bilhões em 2050. Há uma projeção de que nas três próximas décadas o número global de adultos com 65 anos ou mais dobrará para cerca de dois bilhões em 2050 (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2015). Dentre os idosos mais velhos, 80% do aumento ocorrerá em países de renda média baixa (WHO, 2015). Tal mudança demográfica destaca a necessidade de estudos e ações governamentais a fim de melhorar as condições de vida dessa população.

Devido a esse fenômeno mundial de envelhecimento observa-se também um aumento do número de idosos institucionalizados (FARIAS et al. 2020); a maioria prefere permanecer em suas residências, pois conseguem manter a integridade de sua rede social e desfrutar de uma maior qualidade de vida. Além disso, a admissão em uma instituição de longa permanência é cara, tanto em termos de finanças públicas como privadas (LUPPA et al., 2010).

Cada país tem desenvolvido suas próprias soluções para as necessidades dos idosos de acordo com seu modelo socioeconômico e os recursos disponíveis (GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014). No Brasil grande parte da população idosa vive em condições socioeconômicas menos privilegiadas e, no contexto atual de nossa sociedade, muitos deles estão institucionalizados por falta de cuidadores disponíveis na família (AIRES et al., 2009; FARIAS et al., 2020). Pela legislação brasileira, a família é a principal fonte de apoio e cuidado para os idosos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), mas, ao contrário de outros lugares, essas instituições quase sempre têm o caráter de uma residência permanente (DANILOW et al., 2007).

Se as pessoas mais velhas são mais vulneráveis a problemas bucais do que os grupos de idade mais jovens porque os fatores de risco se acumulam ao longo da vida (BOTS-VANTSPIJKER et al., 2014; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020), essas condições podem ser agravadas quando são institucionalizadas. Ser dependente em três ou mais atividades básicas de vida diária (AVD) ou ter prejuízo cognitivo são os principais preditores de institucionalização (LUPPA et al., 2010; FARIAS et al., 2020) mas também a falta de recursos econômicos ou um ambiente familiar capaz de lidar com

o paciente (GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014) também impactam na decisão da institucionalização.

A grande dificuldade para uma instituição de longa permanência em fornecer cuidados de saúde bucal adequados emerge de múltiplos fatores, alguns relacionados à instituição, como baixa proporção entre cuidadores e idosos, alta rotatividade de cuidadores, baixa escolaridade dos mesmos e dificuldade de acesso a cuidados odontológicos (LAGO et al., 2017; FARIAS et al., 2020). Há um consenso geral de que toda incerteza está enraizada na incompletude do conhecimento, que na prática clínica varia de uma simples falta de conhecimento, por meio de má interpretação das comunicações, às complexidades das experiências e eventos multidimensionais de saúde e doença (MacENTEE, MATHU-MUJU, 2014). O conhecimento em saúde bucal e as atitudes negativas dos cuidadores em relação aos cuidados com a higiene dos idosos são também uma barreira ao fornecimento de cuidados bucais nas ILPs (LAGO et al., 2017; WONG et al., 2019).

Com o passar do tempo, os idosos são acometidos por doenças crônicas, consumo múltiplo de medicamentos, além de problemas associados à saúde bucal que são diretas ou indiretamente prejudiciais à saúde geral (ESMERIZet al., 2012). Além disso, as alterações físicas, cognitivas e funcionais acumuladas com o envelhecimento levam ao aumento da dependência do cuidado. Pessoas que estão em processo de perda de autonomia e estão alojadas em instituições vivem em uma situação mais difícil do que as pessoas que permanecem em suas próprias casas (ARPIN et al., 2008). O estado de dentição mais pobre pode ter efeitos negativos sobre a saúde sistêmica e mortalidade por meio de função mastigatória prejudicada e desnutrição (SHIMAZAKI et al., 2001; WONG et al., 2019). Assim, os idosos institucionalizados representam uma população que necessita de atendimento odontológico mais integral do que aqueles que vivem na comunidade. Um ponto importante a ser levantado a capacitação que os profissionais atuantes em serviços de saúde devem realizar a fim de dar mais atenção ao desenvolvimento de competências de alfabetização em saúde em adultos mais velhos, sejam eles institucionalizados ou não, a fim de capacitá-los a alcançar níveis ideais de saúde bucal (TENANI et al., 2020).

Os dentistas que trabalham com essa população lutam com a escolha entre a autonomia do paciente e a beneficência do tratamento e intervenções ideais versus práticas. Foram sugeridas diretrizes para atendimento às necessidades de saúde bucal de idosos institucionalizados, no entanto, nos

últimos anos, parece não ter havido melhora no estado de saúde bucal dos idosos, principalmente daqueles de alto risco, visto que são institucionalizados e funcionalmente dependentes (GIL-MONTOYA et al., 2013; WONG et al., 2019).

Isso significa que para fazer uma intervenção razoável, primeiro um tratamento terapêutico e depois, a implementação de cuidados preventivos, seguido de programas de educação é imprescindível reconhecer a diversidade e heterogeneidade da população-alvo (LAGO et al., 2017). Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar variáveis sociodemográficas, saúde bucal, doenças crônicas, ingestão de medicamentos, deficiências cognitivas e funcionais em idosos institucionalizados.

## Metodologia

Foi realizado um estudo epidemiológico transversal em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) do município de Araraquara, São Paulo, Brasil. A pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Odontologia de Araraquara (Processo nº 07/46) .Todos os indivíduos (> 60 anos) assinaram um termo de consentimento por escrito; no caso de incapacidade de tomar decisão o consentimento foi assinado pelos familiares ou pelo dirigente da Instituição.

As variáveis sociodemográficas, a presença de doenças crônicas e a ingestão de medicamentos foram coletadas por meio de prontuários sendo as informações conferidas com a equipe de enfermagem da instituição.

O estado cognitivo foi determinado pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN et al., 1975). O teste consistiu em rastrear as habilidades cognitivas do paciente por meio de questões agrupadas em sete categorias, cada uma destinada a avaliar funções cognitivas específicas: orientação no tempo (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recuperação da memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e habilidade construtiva visual (1 ponto). A pontuação do MEEM variou de 0 a 30 pontos; 24 pontos foi usado como ponto de corte padrão e uma soma de 23 ou menos pontos indicou comprometimento cognitivo. Dois escores do MEEM foram determinados para cada paciente, o original proposto por Folstein et al. (1975) e outro considerando o nível de escolaridade adaptado por Bertolucci et al. (1994), adotando ponto de corte de

13 para pacientes analfabetos, 18 e 26 para pacientes com baixa/média e alta escolaridade, respectivamente.

A capacidade funcional foi determinada com base em uma combinação de duas escalas: as Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) (KATZ, 1983), e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) (LAWTON, BRODY, 1969). AVD tem itens que se referem a cuidados pessoais, alimentação, continência, banho, vestir-se, transferência da cama para a cadeira e andar pelo quarto, e AIVD, itens que se referem ao uso do telefone, meio de transporte, compras de supermercado, preparação de refeições, limpeza da casa, lavar as roupas, cuidando com medicações e administração do dinheiro. Foi atribuído um ponto quando não havia dependência, dois pontos havia necessidade de ajuda e três pontos se havia dependência total. Para AVD, os escores 7 e 21 indicaram independência completa e dependência completa, respectivamente; para AIVDs, a independência total teve soma igual a 8 e a dependência completa soma igual a 24. Os participantes foram classificados em independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes.

O exame clínico intraoral foi realizado por um único examinador calibrado. Foram verificados a presença e número de dentes, índice CPOD, cárie radicular, necessidade de atendimento odontológico, condição protética (NIESSEN, FEDELE, 2002), satisfação relatada com a prótese, bem como alterações fisiológicas e/ou patológicas na mucosa oral.

Realizou-se estatística descritiva para os dados socioeconômicos e teste de Qui-quadrado para a verificação da correlação entre estado mental, capacidade funcional em função da idade dos participantes.

## Resultados e discussão

Dos 199 idosos residentes na ILP, 160 foram elegíveis para participar da pesquisa, 27 indivíduos se recusaram a participar e 12 faleceram durante o estudo. A Tabela 1 mostra a distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas. O maior percentual dos indivíduos (60,6%) tinha mais de 75 anos com idade média de 77,08 (± 11,05) anos.

ISBN 978-65-86901-26-9

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas (n = 160).

| *Variáveis* | *n* | *%* |
|---|---|---|
| **Sexo** | | |
| Feminino | 104 | 65,0 |
| Masculino | 56 | 35,0 |
| **Faixa etária** | | |
| 60 - 64 | 35 | 21,9 |
| 65 - 74 | 28 | 17,5 |
| 75 - 84 | 49 | 30,6 |
| 85 - + | 48 | 30,0 |
| **Estado civil** | | |
| Casado(a)/casamento consensual | 22 | 13,7 |
| Solteiro(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a) | 138 | 86,3 |
| **Escolaridade** | | |
| 0 - 4 | 138 | 86,2 |
| 5 - 8 | 11 | 6,9 |
| 9 - 11 | 08 | 5,0 |
| 12 - + | 03 | 1,9 |
| **Instituição** | | |
| Financiada pelo governo | 122 | 76,3 |
| Privada | 38 | 23,7 |

A maioria dos pacientes (97,5%) tinha mais de uma doença crônica (média de 1,4 doenças), apenas quatro pacientes não tinham nenhuma doença crônica relatada. As doenças mais comuns foram as psiquiátricas (29,9%), as cardiovasculares/hipertensão (27,7%), os problemas gastrointestinais (12,9%), as neurológicas (7,6%) e diabetes (6,6%). Em relação à ingestão de medicamentos, 75,5% dos idosos faziam uso regular de medicação psiquiátrica (33,4%), anti-hipertensivos (27,0%), hipoglicemiantes (6,9%) e anticoagulantes (4,4%), com uma média de 2,3 diferentes tipos de medicamentos ingeridos por dia.

A Tabela 2 mostra os comprometimentos cognitivos e funcionais de acordo com a faixa etária. De acordo com os valores de p obtido pelo teste do Qui-quadrado, todas as variáveis foram influenciadas pela idade do paciente; de forma geral, houve aumento do comprometimento cognitivo e funcional com o envelhecimento.

ISBN 978-65-86901-26-9

Tabela 2. Distribuição de frequência de acordo com a idade e variáveis relacionadas aos comprometimentos cognitivos e funcionais (n = 160).

| Estado cognitivo e funcional | Faixa etária - n(%) | | | | Total | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 60-64 | 65-74 | 75-84 | 85 - + | | |
| **MEEM** | | | | | | |
| Com comprometimento | 19 (11,9) | 31 (19,4) | 44 (27,5) | 48 (30,0) | 142 (88,8) | < 0,05 |
| Sem comprometimento | 9 (5,6) | 4 (2,5) | 5 (3,1) | - ( - ) | 18 (11,2) | |
| **MEEM x nível de escolaridade** | | | | | | |
| Com comprometimento | 14 (8,8) | 22 (13,7) | 36 (22,5) | 43 (26,9) | 115 (71,9) | 4,9E-29 |
| Sem comprometimento | 14 (8,8) | 13 (8,1) | 13 (8,1) | 5 (3,1) | 45 (28,1) | |
| **Atividades Básicas da Vida Diária** | | | | | | |
| Independente | 17 (10,6) | 10 (6,2) | 15 (9,4) | 5 (3,1) | 47 (29,3) | 0,005 |
| Parcialmente dependente | 6 (3,8) | 16 (10,0) | 24 (15,0) | 21 (13,1) | 67 (41,9) | |
| Totalmente dependente | 5 (3,1) | 9 (5,6) | 10 (6,3) | 22 (13,8) | 46 (28,8) | |
| **Atividades Instrumentais da Vida Diária** | | | | | | |
| Independente | 8 (5,0) | 4 (2,5) | 1 (0,6) | 2 (1,3) | 15 (9,4) | 1,21E -17 |
| Parcialmente dependente | 10 (6,3) | 9 (5,6) | 19 (11,9) | 9 (5,6) | 47 (29,4) | |
| Totalmente dependente | 10 (6,3) | 22 (13,8) | 29 (18,0) | 37 (23,1) | 98 (61,2) | |

Os resultados do exame clínico mostraram índice CPOD médio de 27,8 com valor mínimo de 6 e máximo de 28; 66,4% dos idosos apresentaram pontuação máxima e apenas sete (4,4%) apresentaram índice CPOD inferior a 16. Sessenta e um por cento da amostra eram idosos totalmente desdentados. Considerando toda a população (n = 160), a média de dentes por idoso foi de 4,2, dentre os que apresentavam algum dente (39,4%) cárie radicular apareceu em, em média, em 2,4 dentes . Destes sujeitos, 80,9% tiveram necessidade de tratamento periodontal básico, 31,7% extrações e 38% procedimentos restauradores.

A Tabela 3 mostra o percentual de idosos de acordo com as condições protéticas e a necessidade de prótese, destacando que metade das necessidades

protéticas era composta por próteses totais. A satisfação relatada com a prótese está demonstrada na Tabela 4. Em relação às lesões bucais, 91 idosos apresentaram algum tipo de lesão, sendo a língua saburrosa (26,8%) e a candidíase (25,6%) as lesões mais frequentes.

Tabela 3. Frequência percentual (%) de acordo com as condições protéticas e necessidade de prótese nos arcos superior e inferior.

| | **Maxila** | **Mandíbula** |
|---|---|---|
| **Condições das próteses** | | |
| Sem próteses | 55,7 | 73,1 |
| Prótese Fixa (PF) | -- | -- |
| Mais de uma PF | 0,6 | 2,5 |
| Prótese removível (PPR) | 2,5 | 3,2 |
| PF e PPR | 0,6 | 2,5 |
| Prótese total | 40,6 | 18,7 |
| | | |
| **Necessidade protética** | | |
| Não necessita prótese | 33,7 | 20,0 |
| Coroas unitárias | -- | -- |
| Próteses com múltiplos elementos | 10,0 | 21,2 |
| Associação de unitária com múltiplos elementos | 1,9 | 1,3 |
| Próteses totais | 54,4 | 57,5 |

Tabela 4. Frequência percentual relacionada à satisfação com a prótese dentária relatada.

| **Questões** | **Respostas (em %)** | |
|---|---|---|
| | **Sim** | **Não** |
| Sua prótese total substitui seus dentes de maneira satisfatória? | 76,4 | 23,6 |
| Você teve dificuldade de adaptação ao uso de prótese? | 72,2 | 27,8 |
| Você acha que suas próteses totais estão bem ajustadas? | 34,7 | 65,4 |
| Você considera que suas próteses totais estão limpas? | 18,0 | 82,0 |
| Você tem dificuldade para limpar suas próteses totais? | 72,4 | 27,6 |

Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento epidemiológico entre idosos institucionalizados a fim de caracterizar essa população no sentido de implementar cuidados específicos tanto terapêuticos quanto preventivos e

servir de orientação para que os dentistas possam atuar de melhor forma no tratamento bucal dos idosos considerando-se as diferenças conhecidas entre os institucionalizados ou não.

A amostra foi composta por predomínio do sexo feminino (65,0%) semelhante a outros estudos que demonstraram maioridade do gênero feminino (RAMOS et al., 1987; ESMERIZ et al., 2012; GIL-MONTOYA et al., 2013; GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014, LAGO et al., 2017). A relação entre gênero e envelhecimento pode ocorrer em parte por mudanças sociais ao longo do tempo e os eventos relacionados ao ciclo de vida, como diferenças de gênero na mortalidade, expectativa de vida ao nascer, diferenças biológicas, exposição a fatores de risco, menor consumo de tabaco e álcool e aumento do uso de serviços de saúde (RAMOS et al., 1987).

A maior porcentagem de indivíduos com mais de 75 anos foi semelhante a outros estudos (GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND et al., 2014, LAGO et al., 2017). O perfil sociodemográfico desta amostra (solteiro (a), divorciado (a) ou viúvo (a), baixa escolaridade, alocado em enfermaria financiada pelo governo) contribui para que os idosos institucionalizados sejam mais propensos à solidão e falta de laços familiares que por sua vez os tornam mais suscetíveis a serem afetados por distúrbios comportamentais, como depressão, e causar falta de motivação para o autocuidado (DE VISSCHERE et al., 2012; WONG et al., 2019). É conhecido o impacto benéfico que o casamento proporciona na saúde e na autoavaliação da saúde e que idosos mais velhos, solteiros, divorciados ou viúvos, tem quase duas vezes mais chances de estarem insatisfeitos com a saúde bucal do que os casados ou que viviam com o companheiro, isso reforça a importância de um parceiro como fonte de apoio social, aumentando a motivação para um melhor autocuidado e para a busca de informações sobre saúde, o que são considerados fatores de proteção para a deterioração oral (TENANI et al., 2020).

Os medicamentos mais utilizados estão de acordo com estudos anteriores que relataram alto uso de psicofármacos nas instituições. Este achado pode refletir dificuldades em lidar com os sintomas comportamentais e psicológicos da demência de uma maneira não farmacológica (RICHTER et al., 2012). Considerando o número de medicamentos ingeridos diariamente os achados deste estudo são inferiores aos relatados por outros autores que encontraram uma média superior a sete medicamentos por dia (JOHNELL, FASTBOM, 2012). Essas diferenças podem ser o resultado de diferentes tradições de prescrições (JOHNELL, FASTBOM, 2012), ou ainda, mais preocupante,

um reflexo de que as orientações de tratamento não são seguidas de forma adequada pelos funcionários da instituição (MILES, 2010). Infelizmente, há poucas evidências para orientar os médicos nessas decisões complexas de tratamento e há uma grande necessidade de diretrizes baseadas em evidências para o tratamento de idosos institucionalizados (MILES, 2010; WONG et al., 2019).

Em relação à avaliação da capacidade cognitiva, o MEEM aplicado permitiu avaliar um importante fator de impacto na dependência (WONG et al., 2019; FARIAS et al, 2020). Assim, considerando a escolaridade, 71,9% da amostra apresentava déficit cognitivo; enquanto que, pela metodologia original do MEEM, 87,5% revelam comprometimento. Considerando a influência da idade no MEEM, os resultados indicaram aumento do comprometimento cognitivo com o envelhecimento (Tabela 2). Além da maior prevalência desse comprometimento com o envelhecimento, também houve uma mudança na gravidade do comprometimento cognitivo, refletida pelos escores médios. Além disso, a média do MEEM para a população total foi de 10,3, o que pode ser considerado comprometimento de alta gravidade.

Embora a metodologia utilizada em um estudo transversal não possibilite medir a influência de outros fatores que podem contribuir para o comprometimento cognitivo durante o processo de envelhecimento, está bem estabelecido que a institucionalização pode induzir efeitos físicos e psicológicos negativos nos pacientes (FARIAS et al., 2020). Idosos institucionalizados têm pior desempenho do que seus colegas não institucionalizados em uma série de testes cognitivos, fatores como idade, nível de quociente de inteligência, saúde ou outras variáveis controladas não influenciam os resultados, ao contrário de suas capacidades de se ajustar às demandas da vida institucional (WINOCUR et al., 1987; WINOCUR, MOSCOVITCH, 1990)

Deficiências funcionais, incluindo AVD e AIVD, são fortes preditores de institucionalização (LUPPA et al., 2010; FARIAS et al., 2020). Esse achado pode explicar os resultados observados na amostra deste estudo, uma vez que 90,6% tinham alguma dependência das AIVD, que compreende atividades mais complexas e as primeiras a se perder; e 70,7% tinham dependência total ou parcial nas AVDs, o que sobrecarrega a instituição devido à grande procura de serviços, porém resultados mais graves foram encontrados por outros autores (BUDTZ-JORGENSEN et al., 1996; CARTERet al., 2004).

Existe uma associação forte, mas unilateral, entre o comprometimento cognitivo e funcional: o comprometimento cognitivo grave leva a limitações

nas AVD e AIVD. Mas o comprometimento funcional não resulta de forma coativa na deterioração das funções cognitivas (LUPPA et al. 2010). A perda da capacidade funcional e da autonomia pode criar uma barreira para o autocuidado com higiene bucal ou pode limitar o acesso a cuidados profissionais de saúde bucal (WONG et al., 2019).

Além da influência do comprometimento funcional do idoso na higiene bucal autocuidado (PADILHA et al., 2007), dificuldades das instituições de longa permanência em prover saúde bucal adequada, devido a diversos fatores, como baixo número de funcionários e falta de conhecimento (De VISSCHERE et al., 2012, FARIAS et al., 2020), contribui substancialmente para a precária saúde bucal geralmente encontrada entre idosos institucionalizados (NIESSEN, FEDELE, 2002; CARTERet al., 2004; ARPIN et al., 2008; SAMSON et al. 2008; AHLUWALIA et al., 2010; MacENTEE, MATHU-MUJU, 2014; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020), incluindo o Brasil (CARNEIRO et al. 2005; FERREIRA et al., 2009) como visto no exame clínico intraoral neste estudo.

O percentual de edentulismo mostrou-se bastante acentuado com 60,6% dos idosos desdentados. Dados anteriores revelam que o edentulismo pode variar de 43,0% a 80,3% em idosos institucionalizados, dependendo do país e do seu estado de desenvolvimento. (BUDTZ-JORGENSEN et al., 1996; CARTER et al., 2004; GIL-MONTOYA et al., 2013; LAGO et al., 2017; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020). É importante ressaltar que o percentual do presente estudo foi próximo a valores encontrados por outros autores em idosos brasileiros (HUGO et al., 2007; LAGO et al., 2017). Ahluwalia et al. (2010) mostrou 9,0% de edentulismo em população semelhante dos EUA. Estudos epidemiológicos mostram que pessoas de classe social ou renda baixa e indivíduos com pouca ou nenhuma educação têm maior probabilidade de ser edêntulos do que pessoas de classe social alta e altos níveis de renda e educação (HUGO et al., 2007, WONG et al., 2019). Tal tendência também é verificada quanto ao número de dentes presentes e índice CPOD. A literatura mostra índices CPOD para idosos institucionalizados variando de 19,9% a 30,8% (SAMSON et al., 2008; FERREIRA et al., 2009; WONG et al., 2019).

Em relação à condição protética identificada neste trabalho, embora estudo de Müller (2014) mostrar que o uso e a necessidade de próteses estão diminuindo, os resultados refletem que essa ainda não é uma realidade entre os idosos institucionalizados, visto que a maioria deles era edêntula, usava ou

precisava de próteses dentárias. Existem duas explicações possíveis para o alto nível de necessidade de próteses dentárias entre os idosos desdentados deste estudo.

Pacientes edêntulos muito idosos e frágeis muitas vezes representam um desafio considerável para o clínico, pois as condições anatômicas são provavelmente ruins para obter retenção e estabilidade da dentadura, e o controle muscular também terá deteriorado (MÜLLER 2014, WONG et al, 2019; FARIAS et al., 2020). Assim, foi difícil estabelecer com clareza se o idoso institucionalizado não usava prótese total devido às dificuldades de ajuste (Tabela 4) ou falta de acesso ao tratamento que a institucionalização impõe. Além disso, os efeitos colaterais do tratamento de condições crônicas, como xerostomia ou mucosa sensível, podem afetar ainda mais o conforto oral e desafiar o uso de dentadura (MÜLLER 2014, WONG et al., 2019).

Embora os idosos relatem que suas próteses totais têm substituído os dentes perdidos de forma satisfatória, eles identificam dificuldades no uso, dificuldade para ajustar e limpar as próteses (Tabela 4). Possivelmente, os problemas com a limpeza das próteses estavam relacionados aos altos níveis de prejuízos cognitivos e funcionais encontrados neste estudo.

Essas deficiências também podem interferir na higiene oral de pacientes dentados. A necessidade de tratamento periodontal básico, extrações e procedimentos restauradores entre os idosos dentados (n = 63) foram altas e semelhantes às encontradas por outros autores (CARTER et al., 2004; WONG et al., 2019; FARIAS et al., 2020), enfatizando a importância do atendimento odontológico para idosos institucionalizados, a fim de prevenir a perda dentária. Sabe-se que o acesso do idoso institucionalizado ao tratamento é precário e que o atendimento odontológico deve ser considerado apenas como um mosaico no cuidado ao idoso e além de requerer coordenação complexa com o médico, enfermeiro, família e demais potenciais parceiros da equipe de cuidadores (MÜLLER, 2014). Lago et al. (2017) demonstrou a importância da educação em higiene bucal para cuidadores, no sentido de que uma equipe treinada e motivada para os cuidados com a saúde bucal exerce um papel positivo nos idosos institucionalizados, além de se sentirem mais seguros e decididos nas tomadas de ações.

As lesões orais mais encontradas foram a língua saburrosa (47,3%) e a candidíase (45%), alterações essas consideradas por vários autores como lesões comuns em idosos institucionalizados (NIESSEN, FEDELE, 2002; KING,

KAPADIA, 2003), isso em parte pode ser reflexo da pior condição oral encontrada nesta população associado à negligência com a saúde bucal.

Considerando a necessidade de cuidado integral ao idoso e os benefícios sistêmicos que a boa saúde bucal proporciona, devem ser estipuladas metas para melhorar o acesso à assistência odontológica e a atuação dos cuidadores em relação à higiene bucal do idoso. Poucos centros de longa permanência oferecem atendimento odontológico, seja para exames de saúde bucal na admissão, exames periódicos ou tratamento (ARPIN et al., 2008). Assim, torna-se imprescindível a presença de uma equipe de saúde dentro da instituição de longa permanência e programa educacional de cuidadores que valorizem a saúde bucal como parte da promoção da saúde (LAGO et al., 2017, FARIAS et al., 2020). O projeto visa atender de forma racional como necessidade dos idosos, contribuindo para o treinamento dos cuidadores e autonomia dos idosos no processo de higiene.

## Considerações finais

Concluiu-se que grande parte dos idosos avaliados apresenta deficiências cognitivas e funcionais e condições bucais que sinalizam para a necessidade da presença de uma equipe de saúde dentro da instituição de longa permanência.

## Agradecimento

Agradecimento ao apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo número 2008/11159-2).

## Referências

AHLUWALIA, K. P., CHENG, B., JOSEPHS, P. K., LALLA, E., LAMSTER, I. B. Oral disease experience of older adults seeking oral health services. **Gerodontology**, v.27, n.2, p. 96-103, 2010. https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2009.00311.x

AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Rev Gaucha Enferm**, v.30, n.3, p.192-199, 2009.

ARPIN, S.; BRODEUR, J.M.; CORBEIL, P. Dental caries, problems perceived and use of services among institutionalized elderly in 3 regions of Quebec, Canada. **J Can Dent Assoc,** v.74, n.9, p.807, 2008.

BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. **Arq Neuropsiquiatr**, v.52, n.1, p.1-7, 1994.

BOTS-VANTSPIJKER, P.C.; VANOBBERGEN, J.N.; SCHOLS, J.M.; SCHAUB, R.M.; BOTS, C.P.; DE BAAT, C. Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.42, n. 2, p.113-121, 2014. doi: 10.1111/cdoe.12068.

Ministério da Saúde: Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. Brasil. 2nd edition. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

BUDTZ-JORGENSEN, E.; MOJON, P.; BANON-CLÉMENT, J.M.; BAEHNI, P. Oral candidosis in long-term hospital care: comparison of edentulous and dentate subjects. **Oral Dis**, v.2, n.4, p.285-290, 1996. doi: 10.1111/j.1601-0825.1996.tb00239.x.

CARNEIRO, R.M.; DA SILVA, D.D.; DE SOUZA, M. da L.; WADA, R.S. Oral health of institutionalized elderly in the eastern zone of São Paulo, Brazil, 1999. **Cad Saude Publica**, v.21, n.6, p. 1709-16, 2005. doi: 10.1590/s0102-311x2005000600018.

CARTER, G.; LEE, M.; MCKELVEY, V.; SOURIAL, A.; HALLIWELL, R.; LIVINGSTON, M. Oral health status and oral treatment needs of dependent elderly people in Christchurch. **The New Zealand Medical Journal,** v.117, n.1194, p.U892, 2004.

DANILOW, M.Z.; MOREIRA, A.C.S.; VILLELA, C.G.; BARRA, B.B.; NOVAES, M.R.C.G.; OLIVEIRA, M.P.F. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. **Com Cienc Saúde**, v.18, n.1, p.9-16, 2007.

DE VISSCHERE, L.; SCHOLS, J.; VAN DER PUTTEN, G.J.; DE BAAT, C.; VANOBBERGEN, J. Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in nursing homes: a cluster randomised controlled clinical trial. **Gerodontology**, v.29, n.2, p.e96-106, 2012. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00418.x.

ESMERIZ, C.E.; MENEGHIM, M.C.; AMBROSANO, G.M. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. **Gerodontology**, v.29, n.2, p. e281-9, 2012. doi: 10.1111/j.1741-2358.2011.00464.x.

FARIAS, I.P.S.E.; SOUSA, S.A.; ALMEIDA, L.F.D.; SANTIAGO, B.M.; PEREIRA, A.C.; CAVALCANTI, Y.W. Does non-institutionalized elders have a better oral health status compared to institutionalized ones? A systematic review and meta-analysis. **Cien Saude Colet,** v.25, n.6, p. 2177-2192, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020256.18252018.

FERREIRA,R.C.;MAGALHÃES,C.S.;ROCHA,E.S.;SCHWAMBACH, C.W.; MOREIRA, A.N. Oral health among institutionalized elderly in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica* 2009; 25: 2375-85.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v.12, n.3, p.189-198, 1975.

GIL-MONTOYA, J.A.; PONCE, G.; SÁNCHEZ LARA, I.; BARRIOS, R.; LLODRA, J.C.; BRAVO, M. Association of the oral health impact profile

with malnutrition risk in Spanish elders. **Arch Gerontol Geriatr**, v.57, n.3, p. 398-402, 2013. doi:10.1016/j.archger.2013.05.002.

GONZÁLEZ-COLAÇO HARMAND, M.; MEILLON, C.; RULLIER, L.; AVILA-FUNES, J.A.; BERGUA, V.; DARTIGUES, J.F.; AMIEVA, H. Cognitive decline after entering a nursing home: a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. **J Am Med Dir Assoc**, v.15, n.7, p. 504-8, 2014. doi: 10.1016/j.jamda.2014.02.006.

HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; DE SOUZA, M.D.A.L.; DA SILVA, D.D.; PUCCA, G.A. JR. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.3, p.224-232, 2007. doi: 10.1111/j.0301-5661.2007.00346.x.

JOHNELL, K.; FASTBOM, J. Comparison of prescription drug use between community-dwelling and institutionalized elderly in Sweden. **Drugs Aging,** v.29, n.9, p. 751-758, 2012. doi: 10.1007/s40266-012-0002-7.

KATZ, S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. **J Am Geriatr Soc**, v.31, n.12, p.721-727, 1983. doi: 10.1111/j.1532-5415.1983.tb03391.x.

KING, T.; KAPADIA, D. Oral health status and treatment needs of institutionalized elderly and disadvantaged population in Fuji (1997). **Pac Health Dialog**, v.10, n.1, p.35-40, 2003.

LAGO, J.D.; FAIS, L.M.G.; MONTANDON, A.A.B.; PINELLI, L.A.P. Educational program in oral health for caregivers on the oral hygiene of dependent elders. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.46, n.5, p. 284-291, 2017. https://doi.org/10.1590/1807-2577.23916

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist, v.9, n.3, p. 179-186,** 1969.

LUPPA, M.; LUCK, T.; WEYERER, S.; KÖNIG, H.H.; BRÄHLER, E.; RIEDEL-HELLER, S.G. Prediction of institutionalization in the elderly. A

systematic review. **Age Ageing**, v.39, n.1, p. 31-38, 2010. doi: 10.1093/ageing/afp202.

MaC ENTEE, M.I.; MATHU-MUJU, K.R. Confronting dental uncertainty in old age. **Gerodontology**, v.31, Suppl 1, p.37-43, 2014. doi: 10.1111/ger.12109.

MILES, R.W. Cognitive bias and planning error: nullification of evidence -based medicine in the nursing home. **J Am Med Dir Assoc,** v.11, n.3, p. 194-203, 2010. doi: 10.1016/j.jamda.2009.08.007.

MÜLLER, F. Oral hygiene reduces the mortality from aspiration pneumonia in frail elders. **J Dent Res**, v.94, Suppl3, p.14S-16S, 2015. doi: 10.1177/0022034514552494.

NIESSEN, L.C.; FEDELE, D.J. Aging Successfully: Oral Health for the prime of life. **Compend Contin Educ Dent**, v.23, Suppl 10, p.4-11, 2002.

PADILHA, D.P.M.; HUGO, F.N.; HILGERT, J.B.; DAL MORO, R.G. Hand function and oral hygiene in older institutionalized Brazilians. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.55, n.9, p.1333-8, 2007. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01278.x

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. [Population aging: a Brazilian reality**]. Rev Saude Publica,** v.21, n.3, p. 211-224, 1987.doi: 10.1590/s0034-89101987000300006.

RICHTER, T.; MANN, E.; MEYER, G.; HAASTERT, B.; KÖPKE, S. Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. **J Am Med Dir Assoc,** v.13, n.187, p. e7–13, 2012.doi: 10.1016/j.jamda.2011.03.007.

SAMSON, H.; STRAND, G.V.; HAUGEJORDEN, O. Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. **Acta Odontol Scand,** v.66, n.6, p.368-73, 2008. doi: 10.1080/00016350802378654.

SHIMAZAKI, Y.; SOH, I.; SAITO, T.; YAMASHITA, Y.; KOGA, T.; MIYAZAKI, H.; TAKEHARA, T. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment, and mortality in institutionalized elderly people. **J Dent Res**, v.80, n.1, p.340-5, 2001. doi: 10.1177/00220345010800010801.

TENANI, C.F.; DE CHECCHI, M.H.R.; BADO, F.M.R.; JU, X.; JAMIESON, L.; MIALHE, F.L. Influence of oral health literacy on dissatisfaction with oral health among older people. **Gerodontology**, v.37, n.1, p.46-52, 2020. doi: 10.1111/ger.12443.

WINOCUR, G.; MOSCOVITCH, M.; FREEDMAN, J. An investigation of cognitive function in relation to psychosocial variables in institutionalized old people. **Can J Psychol**, v.41, n.2, p.257-269, 1987. doi: 10.1037/h0084156.

WINOCUR, G.; MOSCOVITCH, M. A comparison of cognitive function in community-dwelling and institutionalized old people of normal intelligence. **Can J Psychol**, v.44, n.4, p.435-44, 1990. doi: 10.1037/h0084270.

WONG, F.M.F.; NG, Y.T.Y., LEUNG, W.K. Oral Health and Its Associated Factors Among Older Institutionalized Residents-A Systematic Review. **Int J Environ Res Public Health**, v.16, n.21, p.4132. doi: 10.3390/ijerph16214132.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Geneva: WHO. ISBN: 978 92 4 156504 2

# FATORES QUE INFLUENCIAM A DEPRESSÃO EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Kaline Oliveira de Sousa[1]
Ana Yasmim Gomes de Lima[2]
Iluska Pinto da Costa[3]

**Resumo: Introdução:** No decorrer do ciclo da vida ocorrem transformações naturais advindas do envelhecimento. No entanto, algumas, vezes esse processo vem acompanhado de patologias, sendo a depressão uma das doenças crônicas mais prevalente em idosos, sobretudo idosos institucionalizados. **Objetivo:** Analisar, com base na literatura científica, quais os fatores que ocasionam depressão em idosos institucionalizados. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa, utilizando os descritores "depressão", "qualidade de vida" e "saúde do idoso institucionalizado", os quais foram utilizados na busca eletrônica realizada no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, na Biblioteca Virtual em Saúde e na base de dados PubMed. **Resultados e Discussão:** Foram analisados 8 estudos e estes foram compreendidos no período de 2015-2020. Foi evidenciado que os principais fatores que influenciam a depressão em idosos institucionalizados são: Ausência ou insuficiência de apoio e suporte familiar e social; baixa escolaridade; poucas condições financeiras; presenças de outras doenças associadas; sentimentos de solidão e negatividade; distanciamento do convívio social; presença de déficit funcional, cognitivo e neurossensorial; e histórico de depressão. **Considerações finais:** Portanto, para a manutenção da qualidade de vida e do

1 Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, kaline.academico@gmail.com;

2 Graduanda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, anayasmin240@mail.com;

3 Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; Professora da Escola Técnica de Saúd e da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. lucosta.ufcg@gmail.com

envelhecimento saudável, os profissionais devem ter uma visão mais sensível aos aspectos da saúde mental dos idosos institucionalizados, realizando cuidados e intervenções de maneira personalizada e multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Depressão, Qualidade de vida, Saúde do idoso institucionalizado.

## Introdução

O envelhecimento populacional se configura como um dos fenômenos mais relevantes e complexos para a nossa sociedade, sendo decorrente de vários fatores relacionados aos avanços do conhecimento científico e tecnológico, melhor cobertura das necessidades sociais e da saúde, melhoria das condições sanitárias aliadas às medidas de prevenção, além das quedas das taxas de natalidade e de mortalidade (MIRANDA; MENDES; FILHO 2016).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil apresentava cerca de 28 milhões de pessoas na faixa etária de 60 anos, correspondendo a 13% da população brasileira, e nas próximas décadas, essa relação tende a dobrar (IBGE, 2019). Tais dados evidenciam a necessidade de atenção e Políticas Públicas que possibilitem melhor qualidade de vida e bem estar a este público.

No decorrer das fases da vida podem surgir incapacidades funcionais, fato que pode contribuir para que a população da terceira idade seja institucionalizada (DUARTE, 2019).

A resolução-RDC nº 283 de 26 de setembro de 2005, estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), conceitua as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) como espaços coletivos de residências para a população com 60 anos ou mais, que apresentam apoio familiar presente ou ausente. Além disso, a esta RDC dispõe que estas instituições podem ser governamentais ou não, e que devem preservar a liberdade, dignidade e cidadania de seus residentes.

No decorrer dos últimos anos vem ocorrendo aumento significativo do quantitativo de ILPIs, cujos motivos podem estar associados aos cuidados proporcionados aos idosos por estas instituições, propiciando aos seus familiares/cuidadores tranquilidade e outras alternativas de assistência (DUARTE, 2019). Em contrapartida, por vezes, pode ocorrer perda nas relações sociais, o idoso pode vir a desenvolver um quadro depressivo. Ademais, cabe destacar que o processo de institucionalização do idoso ocasiona mudanças em sua vida com relação à adaptação, desde a convivência, relacionamentos, controle emocional e o fato de não estar presente no meio familiar (CARLI et al., 2012).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, a depressão é uma doença mental descrita por constante tristeza e falta de interesse por atividades que resultam em satisfação, associada à não capacidade de realizar atividades

ISBN 978-65-86901-26-9

simples do cotidiano, tendo estes sentimentos e incapacidades duração de pelo menos uma semana (OPAS/OMS, 2016-2017).

De fato, há maior suscetibilidade na pessoa idosa de contrair problemas de saúde e transtornos do humor, sendo mais frequente a depressão e seus sintomas (PINHO; CUSTODIO; MAKDISSE, 2009). Outrossim, é imprescindível atentar para a diferença entre a tristeza comum do luto e a tristeza relacionada com a depressão. O luto pode causar muita dor, mas geralmente não causa episódio depressivo. No entanto, quando a tristeza do luto ocorre simultaneamente com o transtorno depressivo, a sintomatologia, as disfunções e o prognóstico tendem a serem mais graves (DSM-5, 2014).

Á luz destas considerações, vê-se a grande relevância de estudar tal temática, tendo em vista que, a saúde mental é uma área que vem sendo discutida com maior frequência em comparação com épocas passadas. No entanto, ainda é pouco abordada a questão do público idoso. Logo, devido à depressão afetar grande índice dessa população, é imprescindível o entendimento sobre esse tema, a fim de proporcionar contribuições, como a redução da incidência e prevalência da depressão em idosos; diagnóstico precoce; promoção de melhores cuidados, por parte dos profissionais de saúde e dos cuidadores; bem como a melhoria na qualidade de vida do público geriátrico.

Desse modo, tendo em vista a problemática em tela, têm-se a seguinte pergunta norteadora: Quais os fatores que influenciam a ocorrência da depressão em idosos institucionalizados?

Para tanto, este estudo objetivou analisar, com base na literatura científica, quais os fatores que ocasionam a depressão em idosos institucionalizados.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, método este que é de notável eficiência na Prática Baseada em Evidências (PBE) por sintetizar importantes resultados de pesquisas a respeito de determinado tema, permitindo a compreensão de conceitos básicos de forma abrangente e breve, além de contribuir para a formação do pensamento crítico, auxiliar na tomada de decisão e nas práticas clínicas. E para o constructo desta revisão foram seguidas seis etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para tanto, a primeira etapa envolveu a elaboração da pergunta norteadora, e para defini-la foram observadas, por meio de leitura científica, lacunas

ISBN 978-65-86901-26-9

acerca dos aspectos psicológicos do envelhecimento dando ênfase ao idoso institucionalizado.

Na segunda etapa foi realizada a busca eletrônica, e esta foi executada no mês de outubro de 2020. Inicialmente, foram selecionados os descritores adequados contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), optando por Depressão, Saúde do Idoso Institucionalizado e Qualidade de vida. Posteriormente, fez-se o cruzamento dos descritores Depressão e Saúde do Idoso Institucionalizado, associando ao operador booleano "AND", no qual obteve-se 26 achados no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC); 57 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e 105 na base de dados PubMed, assim como mostra o quadro 1. Por conseguinte, foram aplicados os critérios de exclusão e de inclusão, excluindo as duplicidades e incluindo somente artigos e periódicos originais revisados por pares, no período de 2015 a 2020, escritos nos idiomas português, inglês e espanhol, e que respondessem tanto à pergunta norteadora quanto ao objetivo da pesquisa, a fim de analisar estudos que apresentassem a temática recentemente,

assegurando a qualidade dos desfechos. Após a aplicação dos filtros, elegeu-se quais os estudos que atendiam ao objetivo desta pesquisa.

**Quadro 1.** Estratégia de Busca. São João do Rio do Peixe, Paraíba, Brasil, 2020.

| Base de dados ou Portal de busca | Estratégia | Estudos encontrados | Após aplicação dos filtros |
|---|---|---|---|
| BVS | ((Depressão) AND (Saúde do idoso institucionalizado)) | 57 | 24 |
| Periódicos CAPES | (tw:(Depressão)) AND (tw:(Saúde do idoso institucionalizado)) | 26 | 8 |
| PubMed | (Depressão) AND (Saúde do idoso institucionalizado) | 105 | 18 |

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

A terceira etapa dispõe sobre a categorização e criação do banco de dados. Após a implementação dos filtros, foram lidos os resumos dos artigos pré-selecionados e excluiu-se àqueles que não se adequaram à questão de pesquisa. Assim, foram excluídos 42 estudos, restando o quantitativo de 8 para serem analisados.

A quarta etapa remete-se à análise dos estudos inseridos para a construção da revisão integrativa. Para a execução desta etapa foi efetuada a leitura

dos artigos na íntegra, encontrados nas bases dados científicas, avaliando as colocações dos autores de forma crítica.

Na quinta etapa, foram analisados os resultados e destacados os mais relevantes para serem discutidos e comparados com outras evidências científicas, visando expor posicionamentos iguais ou divergentes, assim como observar possíveis lacunas e conduzir pesquisas futuras.

A sexta e última etapa, envolve a síntese de informações e formulação da conclusão e exposição de reflexões baseadas em evidências. Ademais, foi adotado o método descritivo no qual foram analisados todos os estudos incluídos e as respectivas comparações com pesquisas relacionadas.

Ressalta-se que durante todo o processo de pesquisa os princípios éticos foram rigorosamente efetuados, pois as pesquisas analisadas eram de domínio público, contidas nas principais bases científicas de dados, e dessa forma, não foi necessária a submissão ao comitê de ética em pesquisa.

## Resultados e discussão

Após a realização da estratégia de busca, foi realizada a leitura de 8 artigos na íntegra, estes estavam de acordo com os objetivos e com a pergunta norteadora e possuíam metodologia quantitativa. O quadro 2 apresenta as ideias centrais de cada estudo analisado, bem como autoria, periódico, ano e país dos mesmos.

**Quadro 2.** Descrição dos artigos segundo autor, periódico de publicação, ano, país, título e ideia central. São João do Rio do Peixe, Paraíba, Brasil, 2020.

| Autor. Periódico. Ano. País | Título | Ideia Central |
|---|---|---|
| SANTOS, J.O. et al. Rev Espaço para a Saúde. 2020. Brasil. | Autoestima e risco para depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência | Apresenta a escala de autoestima de Rosenberg e de depressão abreviada de Zung na mensuração da autoestima e dos riscos de desenvolvimento de depressão em idosos institucionalizados no município de Curitiba-PR, Brasil. |
| FREIRE, H.S.S., et al. Revista Nursing. 2018. Brasil. | Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência | Apresenta a prevalência de depressão em idoso institucionalizados e descreve o perfil socioeconômico e clínico dos idosos de três ILPIs de Teresina-PI. |

ISBN 978-65-86901-26-9

| | | |
|---|---|---|
| SAINTRAIN, M.V.L. et al. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2018. Brasil. | Idosos com depressão: Uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar | Identificar em idosos institucionalizados, no município de Fortaleza-CE, Brasil, a prevalência de depressão, bem como sua associação com as causas da da institucionalização, tendo como base os critérios de diagnósticos contidos no Diagnostical and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). |
| JEREZ-ROIG, J. et al. Experimental Aging Research. 2018. Brasil. | Depressive Symptoms and Associated Factors in Institutionalized Elderly | Apresenta a utilização da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) na análise da prevalência da sintomatologia depressiva e fatores relacionados em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência no município de Natal-RN, Brasil, analisando também os perfis sociodemográficos e o estado de saúde dos mesmos. |
| GUIMARÃES, L.A. et al.Ciência & Saúde Coletiva. 2018. Brasil. | Depressive symptoms and associated factors in elderly long-term care residents | Apresenta a prevalência, assim como os fatores relacionados com sintomatologias depressivas em idosos institucionalizados por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), bem como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e avaliação demográfica e socioeconômica. |
| NÓBREGA, I.P.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O. Estud. interdiscipl. envelhec., 2017. Brasil. | Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco | Apresenta a análise dos sintomas depressivos em idosos residentes em instituições de longa permanência, bem como os fatores associados no município de Recife-PE, Brasil. |
| GOMES, J.B.; REIS, L.A. Revista Kairós Gerontologia. 2016. Brasil | Descripción de los síntomas de Ansiedad y Depresión en ancianos institucionalizados en el interior de Bahia, Brasil | Apresenta a avaliação em idosos institucionalizados dos índices de ansiedade e depressão em cidades do interior do estado da Bahia, Brasil. |
| VERÇOSA, V.S.L.; CAVALCANTI, S.L.; FREITAS, D.A. Rev. Enferm. UFPE online. 2016. Brasil. | Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados | Apresenta os sintomas de depressão em idosos que moravam em instituições de longa permanência no estado de Alagoas, Brasil, fazendo uso da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e de instrumento para a análise sociodemográfica, observação de doenças e relação com familiares. |

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Dos estudos analisados, Saintrain et al fizeram um estudo em duas instituições, uma governamental e em uma não governamental, na cidade de Fortaleza-CE, no qual obtiveram que 82 (34,6%) dos idosos institucionalizados foram diagnosticados com depressão maior, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR, representando significância estatística entre as duas ILPI (p=0,042); verificou também significância estatística entre razão pela qual o idoso está institucionalizado e tipo de ILPI, constatando que 24 idosos (29,3%) ingressaram nas ILPIs não governamentais por próprio desejo, enquanto que 9 (11%) adentraram às ILPIs governamentais por abandono de seus familiares (p = 0,001). No que tange aos idosos depressivos, 32,9% desta população geriátrica estava em situação de abandono, sendo este o principal motivo de institucionalização, seguido da institucionalização por próprio desejo, 30,5%. Ademais, identificou-se significância estatística a respeito do idoso residir na ILPI por próprio desejo e receber visitas de parentes (p=0,009) (SAINTRAIN et al., 2018).

Esses achados estão em consonância com o estudo de Didoné et al que investigou os fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos em situação de vulnerabilidade social. Neste estudo foi observado que a qualidade de vida e o apoio da sociedade são considerados fatores de proteção para a depressão, sendo que fatores como a desnutrição, viver sozinho, sentir dor e ser do sexo feminino, são fatores que predispõem para o desenvolvimento deste transtorno (DIDONÉ et al., 2020).

Nesse sentido, é conveniente mencionar a obra de Nunes que afirma que a saúde mental e a satisfação do idoso estão relacionadas à participação social, saúde, longevidade, saúde física e ao equilíbrio entre ideais e conquistas na vida. Envelhecer com sucesso significa envelhecer com qualidade, e para isto é necessário está saudável, ter bom relacionamento familiar, suporte emocional, prover de renda satisfatória e ser participativo socialmente. Em contraposição, sentir-se desamparado e frustrado por sentir que não está sendo cuidado ou não sentir-se acolhido, aliado à presença de doenças crônicas, falta de apoio familiar, e situações de abandono, contribuem para a redução da qualidade de vida do idoso (NUNES et al., 2020).

Ainda sobre o estudo realizado por Saintrain et al, com relação às visitas familiares, 40 (48,8%) recebiam-nas na ILPI não governamental, enquanto na governamental somente 5 (6,1%) dos idosos com depressão mantinham contato com seus parentes (p = 0,002); e fazendo um comparativo das causas de institucionalização e a visita de familiares, os menos visitados foram os que

estão em ILPIs por serem abandonados por seus familiares (18,3%) e aqueles com apoio familiar fragilizado (15,9%), e os que mais foram visitados foram os que estavam institucionalizados por vontade própria (25,6%) (SAINTRAIN et al., 2018). Em consonância a estes resultados, o estudo de Santos, também analisado nesta revisão, que avaliou a autoestima e o risco de depressão em idosos institucionalizados em Curitiba-PR, constatou que 20 (80,0%) idosos afirmaram ter filhos e 14 (56,0%) disseram que estavam recebendo visitas todos os meses ser visitados mensalmente por parentes, seguido de 6 (24,0%) que recebiam semanalmente (SANTOS et al., 2020). Concomitante a isto, estudo feito por Guths et al no litoral norte do Estado do Rio Grande do Sul no Brasil, descreveu o perfil sociodemográfico, a situação de saúde e os graus de funcionalidade e depressão de idosos institucionalizados e constatou que apesar do fato de poucos dos idosos participantes terem filhos, eles comumente eram visitados (GUTHS et al., 2017).

O estudo de Freire et al sobre a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência em Teresina-PI concluiu que houve prevalência de 98,1% de depressão nos idosos estudados. Dos 53 idosos participantes da pesquisa, 45 apresentaram depressão leve, 8 apresentaram depressão grave e somente 1 não tinha depressão, correspondendo a uma grande prevalência (98,1%). E o idoso que não foi diagnosticado com depressão tinha como características ser do sexo masculino, casado, renda financeira de até um salário mínimo, possuía curso superior, era católico, fumante e não praticava exercícios físicos (FREIRE et al., 2018).

Jerez-Roig, et al (2016) em seu estudo em Natal-RN acerca dos sintomas da depressão e fatores associados em idosos institucionalizados destacam que quase 46% dos idosos institucionalizados que foram estudados apresentaram sintomatologia característica de depressão. No entanto, foi observado que os diagnósticos não estavam sendo realizados adequadamente, haja vista que o número de diagnósticos foi baixo, alertando para sinais de que a atenção para esta causa não estava sendo suficiente por parte dos profissionais das instituições estudadas.

FREIRE et al, destacam que houve frequências semelhantes, nos sexos feminino e masculino, de sintomatologias leves (86,2% e 80% respectivamente) e graves (13,8 e 16%, respectivamente), mas observa-se que em mulheres ocorreu maior prevalência dos sintomas leves, enquanto que nos sintomas graves o sexo masculino foi mais predominante (FREIRE et al., 2018).

Outro estudo analisado, dos autores Gomes e Reis, realizado na Bahia com 31 idosos de faixa etária entre 60 e 90 anos que viviam em Instituição de Longa Permanência no Municípios de Itapetinga, Jequié e Vitória da Conquista, no estado da Bahia, foi observado que a maioria dos idosos residentes em ILPIs foram classificados com Depressão Leve e Moderada (74,2%) por meio da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Na avaliação da Escala de Beck, houve maior predominância daqueles com ansiedade mínima (48,4%) e ansiedade leve (38,7%) (GOMES; REIS, 2016).

Em contrapartida, o estudo de Santos et al que fez uso da Escala de Rosenberg para averiguar a autoestima entre os idosos residentes em ILPI, constatou que 13 (52,0%) dos idosos estavam com autoestima reduzida, e que nenhum foi classificado com alta autoestima. E quanto a avaliação para o risco de depressão entre os idosos institucionalizados foi utilizada a Escala de Zung, na qual se o resultado for maior do que 70 considera-se como característico dos quadros depressivos. Neste estudo, apenas 1 idoso (4,0%) foi caracterizado por ter depressão, mas 12 (48,0%) deles pontuaram entre 50 a 69, tornando -os susceptíveis ao risco de desenvolvimento de depressão (SANTOS et al., 2020).

Em outro estudo analisado nesta revisão, em Maceió-AL, dos autores Verçosa, Cavalcanti e Freitas, foi evidenciado que a prevalência de sintomas depressivos entre os idosos institucionalizados foi de 58% ($p = 0,0097$), sendo estatisticamente significantes, com escore equivalente ou acima de 5 pela Escala de Depressão Geriátrica-15 e, dos quais 23(44%) foram classificados com sintomas depressivos leves (VERÇOSA; CAVALCANTI; FREITAS, 2016). Ademais, estes autores constataram que 51,9% dos idosos institucionalizados eram solteiros, e 69,2% eram sem escolaridade ou tinham somente o ensino fundamental incompleto. Outrossim, 75% estavam morando nas instituições há pelo menos 5 anos e 59,6% dos deles estavam recebendo visitas de seus parentes.

Em paralelo, Saintrain et al encontraram em seus resultados que a prevalência de depressão em idosos residentes em ILPIs se mostrou elevada, sendo o maior índice em solteiros e viúvos, o que levou a entender que a solidão e o luto podem ser considerados fatores de risco para o desencadeamento da depressão. Outrossim, os autores destacam que a depressão é ainda mais prevalente em idosos institucionalizados do que os domiciliares, e que o tempo de institucionalização, assim como as visitas de parentes e relações

interpessoais fragilizadas representam risco para a saúde mental deste público. (SAINTRAIN et al., 2018).

Estudo semelhante é o de Nóbrega, et al (2015), estes autores afirmaram que a existência de algumas variáveis que podem influenciar no surgimento da depressão, entre elas cita-se o sexo feminino, doenças de causa somática, déficit funcional, cognitivo e neurossensorial, isolamento do convívio social, histórico de transtorno depressivo, bem como ausência de apoio e suporte por parte da sociedade e dos familiares.

Destarte, com relação às características sociodemográficas, os autores Gomes e Reis constaram que os resultados mais prevalentes foram de mulheres idosas (74,2%), solteiras (35,5%), não alfabetizadas (41,9%), alfabetizadas (41,9%), aposentado (87,1%); e idade com média de 74,81 (± 9,06) anos (GOMES; REIS, 2016). Santos, et al (2020) observaram que 11 (44,0%) dos idosos estudados possuíam ensino médio completo. Houve predominância de viúvos, com 15 (60,0%).

Jerez-Roig, et al (2016), obtiveram em seus achados que 59,6% destes indivíduos residiam em instituições sem finalidade lucrativa; dos quais 92,9% tinham aposentadoria; 58,9% não tinham acesso ao setor privado de saúde; 79 deles (56,4%) possuíam filhos, com média de 1,9 (DP: 2,4). O tempo médio de moradia na ILPI foi de 52,3 meses (DP: 61,6), e a quantidade de residentes por cuidador era de 7,1 (DP: 4,2).

O estudo realizado pelos autores Nóbrega, Leal e Marques sobre a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados em Recife-PE, corrobora com esta perspectiva, pois grande parte dos idosos estudados era constituída por pessoas idosas do sexo feminino (69,1%), solteiras (52,9%), que não tinham filhos (46,3%) e que frequentaram a escola (70,6%). Dentre os que frequentaram a escola, 46,4% desistiram no nível primário completo (22,1%) ou incompleto (24,3%). E foi observado o quantitativo dominante de analfabetos (28,7%). Mais de três quartos tinham aposentadoria (77,2%) e, dentre os que informaram renda era de até um salário mínimo (79,4%) (NÓBREGA; LEAL; MARQUES, 2017). Um estudo com resultado semelhante de Guths et al também teve predominância de mulheres, sendo estas com a faixa etária mais prevalente entre 70 e 89 anos, apresentaram baixa renda, pouca escolaridade, não tinham cônjuge e eram de etnia caucasiana (GUTHS et al., 2017).

Em outra pesquisa analisada, de Guimarães et al constatou-se que o sexo masculino apresentou maior frequência (57,1%), com idade < 80 anos

(52,39%), com mais um tempo de mais de um ano institucionalizados (78,6%) e 54,8% eram analfabetos. No que diz respeito aos perfis demográficos e socioeconômicos, constatou-se relação considerável para a variável aposentado (p> 0,05). Aliás, houve relação considerável, entre sintomas depressivos e ter aposentadoria (p = 0,043). Isso pode ser explicado porque ao serem dispostos recursos financeiros de aposentadoria os idosos se sentem mais insatisfeitos em não serem autônomos para controlarem este dinheiro. No entanto, alguns idosos idealizavam a instituição como oportunidade de sobrevivência e oferta de condições mínimas de moradia e cuidados que eles não teriam acesso por não terem condições financeiras e não serem aposentados (GUIMARÃES et al, 2018).

Ademais, Jerez-Roig et al constataram que 148 (94,9%) dos indivíduos possuíam comorbidades, com média de 2,7 (DP:1,5) por pessoa, sendo: 96 (61,5%) hipertensos, 52 (33,3%) diabéticos, 36 (23,1%) com dislipidemia, 32 (20,5%) com demência (incluindo doença de Alzheimer), 32 (20,5%) com doença mental, 17 (10,9%) que havia sofrido acidente vascular cerebral, 23 (14,7%) com diagnóstico de osteoporose, 12 (7,7%) com doença de Parkinson, 20 (12,8%) com doença cardiovascular, 16 (10,3%) apresentavam doença reumática, 7 (4,5%) possuíam insuficiência renal, 10 (6,4%) apresentavam doença pulmonar e 11 (7,1%) câncer, 66 (42,3%) pessoas deste grupo apresentaram incontinência urinária e 27 (17,3%) fecal incontinência. Além disso, 59 (37,8%) indivíduos possuíam restrição de mobilidade, 83 (53,2%) apresentaram dependência funcional e 123 (78,8%) apresentaram dependência cognitiva. E observou a existência de associação entre sintomas depressivos, disfunção e hipertensão arterial. Suscitando que as síndromes geriátricas estão comumente relacionadas (JEREZ-ROIG et al., 2016).

Guimarães et al obtiveram em seus resultados que grande parcela dos idosos apresentou sintomatologia característica de depressão (54,8%), comprometimento do estado cognitivo (69%) conforme o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e 33,3% apresentou algum tipo de incontinência urinária. Observando a sintomatologia de depressão e as variáveis de condições de saúde, foi considerável para incontinência urinária (p = 0,028), autopercepção de saúde (p > 0,05) e qualidade de sono (p = 0,000) (GUIMARÃES et al., 2018).

Analisando as condições de saúde, os autores Nóbrega, Leal e Marques constataram que 78,7% dos participantes não possuía nenhum tipo de restrição, seja ela física, visual ou auditiva; 87,4% não eram praticantes ativos

de atividade física; 21,1% precisavam da ajuda de terceiros para caminhar e 32,6% faziam uso de algum equipamento ajudar na marcha. Ademais, 39% dos idosos se avaliaram como saudáveis, e a maioria avaliou que possuíam visão e audição boas, com o percentual de 45,9% e 78,7%, respectivamente. Associado à funcionalidade, o Índice de Katz mostrou que 12,5% da amostra eram dependentes para as AVD. A EDG-15 apontou que 53,7% apresentavam sintomas de depressão, do tipo leve (44,1%) ou severa (9,6%) (NÓBREGA; LEAL; MARQUES, 2017).

Em consonância, Medeiros et al acreditam que variáveis como comorbidades, incapacidade funcional, depressão e condições de baixo suporte social, aliadas às características organizacionais da instituição, interferem na na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Deste modo, é compreensível que a avaliação da qualidade de vida destes idosos seja um fator importante na avaliação da assistência prestada nas ILPIs (MEDEIROS, P.A. et al., 2016).

Ademais, Verçosa, Cavalcanti e Freitas obtiveram em seu estudo que 75% dos idosos institucionalizados relataram serem portadores de doenças, dos quais 61,5% possuíam até duas doenças e as mais relatadas foram hipertensão (37,9%) e diabetes (27,3%) (VERÇOSA; CAVALCANTI; FREITAS, 2016), fato que foi evidenciado também em outros estudos, como o estudo que analisou as condições de saúde de idosos, bem como de cuidadores formais em uma ILPI no município de São Carlos-SP, onde também apresentou maior quantitativo de Hipertensos (32,4%), seguido por diabéticos (18,9%) (GRATÃO et al., 2015); o estudo que abordou a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência em que a maioria dos idosos apresentaram uma ou mais comorbidades, sendo mais proeminentes a hipertensão arterial sistêmica (37%) e o diabetes melittus (24,1%), e em frequência menor a anemia e aterosclerose (1,9% em ambas) (FREIRE et al., 2018); e o estudo feito em uma ILPI filantrópica no município de Jequié- Bahia que ao averiguar as doenças crônicas, as principais foram hipertensão arterial (23,8%) e diabetes mellitus (9,5%) e 11,9% apresentaram as duas doenças associadas (GUIMARÃES et al., 2018).

Nessa perspectiva, Jerez-Roig et al averiguou que dos idosos institucionalizados que participaram do estudo 7 (4,5%) consumiam álcool, 13 (8,3%) faziam uso do tabaco, e 23 (23,7%) haviam sido fumantes. Ademais verificou que 102 (65,4%) destes indivíduos não eram praticantes de exercícios físicos e 13 (8,3%) foram vítimas de quedas nos 30 dias que antecederam o estudo. Além disso, obteve conforme o Questionário Internacional de Atividade

Física (IPAQ), que 76 (46,2%) dos idosos avaliados praticavam um nível normal de exercícios físicos, e 69 (44,25) apresentaram prática com níveis baixos (JEREZ-ROIG et al., 2016). Ademais, o estudo de Freire et al obteve resultado semelhante, no qual em seus achados obteve que 75,9% dos idosos institucionalizados eram sedentários e 13% eram tabagistas (FREIRE et al., 2018).

Por outro lado, há vários estudos existentes que apontam a importância da prática de atividade física frente à depressão. Um estudo de Groppo et al que retrata os efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer, concluiu que nos indivíduos que foram submetidos a praticar exercícios físicos regularmente e sistematicamente foi possível observar melhoria nos sintomas depressivos, enquanto que para os que não foram submetidos a tal treinamento não houve melhora (GROPPO et al., 2012).

Desse modo, os principais fatores que influenciam a depressão em idosos institucionalizados são: ausência ou insuficiência de apoio e suporte familiar e social; baixa escolaridade; poucas condições financeiras; presenças de outras doenças associadas; sentimentos de solidão e negatividade; distanciamento do convívio social; presença de déficit funcional, cognitivo e neurossensorial; e histórico de depressão.

## Considerações finais

A saúde do idoso por vezes ainda é negligenciada, tornando mais desafiante o processo de envelhecimento saudável. As pessoas na terceira idade, assim como as demais pessoas de outras faixas etárias possuem seus direitos, incluindo o direito à saúde. Desta forma, devem ser tratadas e atendidas de forma humanizada e respeitosa.

Em consonância com as evidências suscitadas neste estudo, é conveniente abordar a depressão em idosos residentes em Instituições de longa permanência, tendo em vista que, como observado nas literaturas analisadas nesta pesquisa, o transtorno depressivo vem aumentando consideravelmente nos idosos e se mostra ainda mais prevalente naqueles que são institucionalizados. Este fato torna-se preocupante, pois além do idoso institucionalizado muitas vezes não ter amparo familiar, ainda é um alvo suscetível à fatores que agravam a saúde.

ISBN 978-65-86901-26-9

A maioria dos estudos analisados nesta revisão avaliou os sintomas depressivos juntamente com o perfil socioeconômico e sociodemográfico, e a relação com as condições de saúde dos idosos institucionalizados, o que torna evidente a interferência destes fatores no surgimento da depressão neste grupo populacional específico dentro da geriatria.

É relevante salientar, que de acordo com os estudos escolhidos, o sexo predominante entre os idosos residentes em ILPIs é o sexo feminino. Além disso, a maioria dessas mulheres eram solteiras ou viúvas, o que evidencia muitas vezes abandono por parte de sua família ou de seus filhos.

Os estudos apresentaram um dado importante em relação com a falta de exercícios físicos, afirmando que a grande maioria dos idosos não praticam atividades físicas. Por meio dos achados foi constatado que essa grande parcela de idosos sempre tiveram uma vida sedentária, o que propiciou o surgimento de comorbidades e o surgimento de doenças mentais. Aliás, foi averiguado que a prática de exercícios físicos pode apresentar possível melhora nos sintomas depressivos.

Ao contrário do que muitas pessoas pensam, a depressão não é um transtorno natural do envelhecimento, e sim uma condição pode vir a ser desenvolvida e que por vezes é despercebida. Portanto, é crucial para a preservação da qualidade de vida e para o envelhecimento saudável, o olhar mais crítico e sensível dos profissionais para com esta população, visualizando-os como únicos, e realizando cuidados, intervenções e tratamentos de forma individualizada e multidisciplinar.

Dessa forma, é vital que medidas sejam tomadas frente à esta problemática, tais como incentivar o idoso a ser autônomo, manter contato social com outras pessoas, vivenciar momentos prazerosos, praticar atividades físicas, o empoderando para torná-lo ator social de seu próprio. Além do mais, é importante que os profissionais das ILPIs conversem com os familiares do idoso (quando os conhecerem, e sempre que possível) para influenciá-los a se fazerem mais presentes na vida dos idosos.

A presente revisão pode subsidiar estudos futuros, e diante das reflexões construídas recomenda-se estudos que abordem a saúde mental dos idosos no cenário das Instituições de Longa Permanência e outras vulnerabilidades no público geriátrico.

ISBN 978-65-86901-26-9

## Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5. 5. ed. Porto Alegre : Artmed, 2014. 162-165 p. ISBN 978-85-8271-089-0.

CARLI, L. et al. Sentimentos e percepções de idosos residentes em uma instituição asilar. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.**, 4(2):2868-77, 2012. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1726/pdf_509. Acesso em: 16 outubro 2020.

DIDONÉ, L.S. et al. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto de vulnerabilidade social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672020001300162&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 01 novembro 2020.

DUARTE, L.M.N. O processo de institucionalização do idoso e as territorialidades: espaço como lugar?. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 201-217. 2014, 2013. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/33754/31010. Acesso em: 05 outubro 2020.

FREIRE, H. S. S. et al. Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. **Revista Nursing.** p. 2030-2035, 2018. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32627?lang=fr. Acesso em: 28 outubro 2020.

GOMES, J. B.; REIS, L. A.. Descrição dos sintomas de Ansiedade e Depressão em idosos institucionalizados no interior da Bahia, Brasil. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 175-191, 2016. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31961. Acesso em: 28 outubro 2020.

GRATÃO, A.C.M. et al. The health conditions of elderly individuals and caregivers in a long-term care facility. **Journal of Nursing UFPE on line**., Recife, v. 9(3): 7562-71. 2015. DOI: 10.5205/reuol.7049-61452-1-ED.0903supl201509. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10495/11358. Acesso em: 06 novembro 2020.

GROPPO, H. S. et al . Efeitos de um programa de atividade física sobre os sintomas depressivos e a qualidade de vida de idosos com demência de Alzheimer. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo , v. 26, n. 4, p. 543-551, 2012. https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000400002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092012000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 novembro 2020.

GUIMARÃES, L. A. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3275-3282, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n9/3275-3282/. Acesso em: 28 outubro 2020.

GUTHS, J.F.S. et al. Perfil sociodemográfico, aspectos familiares, percepção de saúde, capacidade funcional e depressão em idosos institucionalizados no Litoral Norte do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 175-185, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232017000200175&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em:01 novembro 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Caminhos para uma melhor idade. **Revista IBGE**, Rio de Janeiro, 2019. ISSN 2595-0800, Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad876807 3f974c0a1102b.pdf. Acesso em: 05 outubro 2020.

JEREZ-ROIG, J. et al. Depressive symptoms and associated factors in institutionalized elderly. **Experimental Aging Research**, v. 42, n. 5, p. 479-491, 2016. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0361073X.2016.1224673. Acesso em: 28 outubro 2020.

LINI, E.V. Instituições de longa permanência para idosos: da legislação às necessidades. **Revista Rene**, (2):284-93, 2015. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2728. Acesso em: 06 novembro 2020.

MEDEIROS, P.A., et al. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: REVISÃO SISTEMÁTICA

DE ESTUDOS QUANTITATIVOS. **Pensar a Prática**, v. 20, n. 1, 2017. Disponível em:https://www.revistas.ufg.br/fef/article/view/39397. Acesso em: 01 novembro 2020.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 17 (4): 758-64, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 novembro 2020.

Ministério da Saúde, Brasil. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ ANVISA Nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Brasília (DF), 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em: 01 outubro 2020.

MIRANDA, G.M. D.; MENDES, A.C.G; DA 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, p. 507-519, 2016.

NÓBREGA, I.P.; LEAL, M.C.C.; DE OLIVEIRA MARQUES, A.P.O. PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE, PERNAMBUCO. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 21, n. 2, 2016. disponivel em: https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/50346. Acesso em: 28 outubro 2020.

NOBREGA, Isabelle Rayanne Alves Pimentel da et al . Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, 536-550, June 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200536&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 novembro. 2020.

NUNES, V.M.A. et al. **COVID-19 e o cuidado de idosos : recomendações para instituições de longa permanência.** Natal, RN : EDUFRN, 2020. ISBN 978-65-5569-038-5. Disponível em: OPAS/OMS, Brasil. **Depressão: o que você precisa saber**. Brasília (DF), 2016-2017. Disponível em: http://repositorio.ufrn.br. Acesso em: 29 outubro 2020. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822#:~:text=A%20depress%C3%A3o%20%C3%A9%20um%20transtorno,durante%20pelo%20menos%20duas%20semanas. Acesso em: 15 outubro 2020.

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, 2009. DOI: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009120111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000100123&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 outubro 2020.

SAINTRAIN, M.V.L. et al. Idosos com depressão: uma análise dos fatores de institucionalização e apoio familiar. **Revista Brasileira em Promoçao da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018. Disponível em:https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8763. Acesso em: 28 outubro 2020.

SANTOS, J.O. et al. Autoestima e risco para depressão em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Espaço para Saúde**, v. 21, n. 1, 2020. Doi 10.22421/15177130-2020v21n1p59. Disponivel em:https://www.researchgate.net/profile/Leandro_Rozin/publication/342617071_AUTOESTIMA_E_RISCO_PARA_DEPRESSAO_EM_IDOSOS_RESIDENTES_EM_INSTITUICOES_DE_LONGA_PERMANENCIA/links/5eff396d458515505087b20f/AUTOESTIMA-E-RISCO-PARA-DEPRESSAO-EM-IDOSOS-RESIDENTES-EM-INSTITUICOES-DE-LONGA-PERMANENCIA.pdf. Acesso em: 28 outubro 2020.

VERÇOSA, V. S. L.; CAVALCANTI, S. L.; FREITAS, D. A.. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos institucionalizados. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 4264-4270, 2016 Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-30000?lang=pt. Acesso em: 28 outubro 2020.