



Novas diretrizes frente ao envelhecimento: **diversidades, cuidados, inclusão e visibilidade**

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

Realização



UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

Organização





VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO

NOVAS DIRETRIZES FRENTE AO ENVELHECIMENTO: DIVERSIDADES, CUIDADOS, INCLUSÃO E VISIBILIDADE

Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)

N936 Novas diretrizes frente ao envelhecimento: diversidades, cuidados, inclusão e visibilidade / organizadores, Adriana Schuler Cavalli ... [et al.]. - Campina Grande: Realize editora, 2021

853 p.

ISBN: 978-65-86901-43-6

DOI 10.46943/VIII.CIEH.2021.01.000

1. Envelhecimento humano. 2. Idosos. 3. Saúde do idoso. 4. Qualidade de vida. I. Título.

21. ed. CDD 613.043 8

Elaborada por **Giulianne Monteiro Pereira**

CRB 15/714

Sobre o livro

Projeto Gráfico e Editoração: *Jefferson Ricardo Lima Araujo Nunes*



REALIZE EVENTOS CIENTÍFICOS & EDITORA LTDA.

Rua: Aristίδes Lobo, 331 - São José - Campina Grande-PB | CEP. 58400-384

E-mail: contato@portalrealize.com.br | Telefone: (83) 3322-3222

VIII CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO

NOVAS DIRETRIZES FRENTE AO ENVELHECIMENTO:
DIVERSIDADES, CUIDADOS, INCLUSÃO E VISIBILIDADE

ORGANIZADORES

Adriana Schüler 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



realize
Editora

Campina Grande-PB
2021



COMITÊ EDITORIAL

Adriana Schuler Cavalli	<i>ESEF/ UFPEL/RS</i>
Alex Bruno da Silva Farias	<i>UFRPE/UFAPE</i>
Ana Claudia Torres De Medeiros	<i>UFCEG</i>
Ana Cristina Rodrigues Luna e Silva	<i>UFPB</i>
Ana Elizabeth Dos Santos Lins	<i>UNCISAL</i>
Ana Elza Oliveira De Mendonça	<i>UFRN</i>
Ana Paula Andrade Ramos Feitosa	<i>UNINASSAU</i>
Andrei Lopes	<i>UEPB</i>
Andréia Affonso Barretto Montandon	<i>UNESP</i>
Angélica De Godoy Torres Lima	<i>UPE</i>
Ankilma Do Nascimento Andrade	<i>FACULDADE SANTA MARIA</i>
Anna Quialheiro Abreu Da Silva	<i>UMINHO</i>
Belarmino Santos De Sousa Júnior	<i>UFPE</i>
Cirlene Francisca Sales Da Silva	<i>UNICAP</i>
Clécio Gabriel De Souza	<i>UFRN</i>
Daniel Dos Santo	<i>UNIFRAN</i>
Doris Nobrega De Andrade Laurentino	<i>UEPB</i>
Edivan Gonçalves da Silva Junior	<i>UFPE</i>
Emanuella de Castro Marcolino	<i>CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACISA</i>
Erika Epaminondas De Sousa	<i>UFPB</i>
Fernanda Maria Chianca da Silva	<i>UFPB</i>
Fernando Hiago Da Silva Duarte	<i>UFRN</i>
Gabriela Magalhães Pereira	<i>UFRGS</i>
Gabriella Medeiros Silva	<i>UFPB</i>
Gisetti Corina Gomes Brandão	<i>UFCEG</i>
Glauce Suely Jácome Da Silva	<i>UEPB</i>
Gleicy Karine Nascimento De Araújo	<i>UFPB</i>
Jackson Silva Lima	<i>UFPB</i>
Jovani Antônio Steffani	<i>UNOESC</i>
Jozilma De Medeiros Gonzaga	<i>UEPB</i>
Lucia Magnolia Albuquerque Camargo	<i>UNIFACISA</i>
Marcelo Olivera Cavalli	<i>UFPE</i>
Marcia Queiroz De Carvalho Gomes	<i>UFPB</i>

Márcio Rogério De Oliveira *UNOPAR*
Maria Do Socorro Meneses Dantas *UFAL*
Maria Goretti Da Cunha Lisboa *UEPB*
Maria Helena Chaves De Vasconcelos Catão *UEPB*
Marina Holanda Kunst *UFPE*
Mateus David Finco *UFPB*
Michelli Vitória Silvestre *UESC*
Mírian Celly Medeiros Miranda David *UFPE*
Narlize Silva Lira Cavalcante *UEPB*
Natalia Leandro de Almeida *UFPB*
Nayana Pinheiro Tavares *UFPE*
Nayron Medeiros Soares *UFRGS*
Nívia Maria Rodrigues dos Santos *UEPB*
Rafaella Queiroga Souto *UFPB*
Rascius Endrigho de Alcântara Uchôa Belfort *UNIVAP*
Renata Clemente Dos Santos *UNIFACISA*
Rodrigo Caetano Arantes *CONSULTOR EM ENVELHECIMENTO*
Rodrigo Pinheiro Fernandes De Queiroga *UFCEG*
Rômulo Tonyathy da Silva Mangueira *CEFET-RJ*
Rosimery Cruz de Oliveira Danta *UFCEG*
Rutielle Ferreira Silva *UFPI*
Saulo Rios Mariz *UFCEG*
Suelane Renata de Andrade Silva *UFPB*
Sheila Marta Carregosa Rocha *UNEB*
Tháise Alves Bezerra *UFPB*
Thiago Fernandes *UFPB*
Walquiria Cristina Batista Alves Barbosa *CESUPA*
Wynne Pereira Nogueira *UFPB*

PREFÁCIO

O ano de 2021 certamente foi de desafios mas não incertezas. Ainda não resgatamos a liberdade e o contato “aberto” com forte abraço com os idosos, porém debruçamo-nos a estudar, aprofundarmos nos estudos, na pesquisa e estender o máximo de nós para eles.

Tivemos novamente uma experiência online e nos sentimos tão perto que chegou a aquecer o coração.

Este e-book está composto por mais de 40 trabalhos com muita qualidade, dedicação e atenção à população que envelhece ao nosso redor. Trabalhos que permearam reflexões, percepções, olhares somados a muita experiência, vivência e práticas. Da observação ao tratamento do idosos, da formação às condições de trabalho dos profissionais dedicados a melhorar a saúde, o XVIII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano ancorou seus dias nas Novas diretrizes frente ao envelhecimento.

Falamos de diversidades e não com olhar (in)diferente mas sim com a premissa de multiplicidade. Cuidado não faltou, desde a preparação do evento, que iniciou em 15/12/2020 até um abraço virtualmente recebido da nossa magnífica apresentadora Ana Célia em 13/11/2021.

Não nos faltou inclusão pois o formato online possibilitou olhares de participantes ao redor do mundo e de todo o Brasil para dar visibilidade àquilo que a pandemia evidenciou fortemente: o idoso tem necessidades específicas!

Espero que, nesta leitura, você possa extrair a essência de cada equipe de trabalho, a ciência por trás de cada objetivo, o cuidado nos detalhes de cada metodologia e a seriedade na apresentação dos resultados alcançados.

Desejo a você uma leitura *fixe* :)

(*fixe* é um termo usado em Portugal para algo agradável e tem qualidade positiva)

Dra. Anna Quialheiro

PhD em Saúde Coletiva

SUMÁRIO

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.001

A PRÁTICA DA PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA EM GRUPO PARA PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA... 15

ANDRÉ LUÍS CABRAL DA SILVA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.002

A EXPERIÊNCIA DA PSICOTERAPIA NA TERCEIRA IDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO 38

ANTÔNIO GABRIEL ARAÚJO PIMENTEL DE MEDEIROS
JOSÉ ANTÔNIO SPENCER HARTMANN JÚNIOR

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.003

REFLEXÕES ACERCA DOS OBJETIVOS DAS UNIVERSIDADES ABERTAS 61

CINTHIA LUCIA DE OLIVEIRA SIQUEIRA (AUTORA)
JOÃO BATISTA MARTINS (ORIENTADOR)

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.004

A RELAÇÃO ENTRE A VULNERABILIDADE E AS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: A SITUAÇÃO EM RECIFE/PE – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (2011-2021) 85

TELMA MARIZA DE SOUZA FERREIRA
CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.005

A PSICOGERONTECNOLOGIA COMO COADJUVANTE NA PROMOÇÃO DA INTERGERACIONALIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 106

RODRIGO DE OLIVEIRA AURELIANO
ELBA CHAGAS SOBRAL
CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.006

COMO VIVEM AS MULHERES IDOSAS DO SUL DO BRASIL? 126

FRANCIELI ALINE CONTE
JOHANNES DOLL

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.007

GERONTOPSIKOMOTRICIDADE E IMAGEM CORPORAL: UM OLHAR PSICOMOTOR FRENTE AS ALTERAÇÕES RELATIVAS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO..... 147

EVERTON WILLIAN DE OLIVEIRA CAVALCANTI

GÉSSICA MARIA DUARTE DE SOUZA

RUAN PERES ARAÚJO SANTANA

PEDRO VINÍCIUS LINS OLIVEIRA LIMA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.008

CAPACIDADE FUNCIONAL EM MULHERES IDOSAS HOSPITALIZADAS..... 166

ADRIANA LUNA PINTO DIAS

LUIZA MARIA DE OLIVEIRA

MATHEUS FARIAS RAPOSO

RAFAELLA QUEIROGA SOUTO

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.009

GINÁSTICA GERONTOLÓGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM IDOSOS DO PROJETO VIDA ATIVA..... 185

ALANA SIMÕES BEZERRA

LUCAS BEZERRA ALVES

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.010

A IMAGEM DA VELHICE EVIDENCIADA NO INSTAGRAM DURANTE A PANDEMIA DO COVID 19..... 203

ANA KATARINA DIAS DE OLIVEIRA

KALYANE KELLY DUARTE DE OLIVEIRA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.011

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES IDOSAS EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA..... 222

LIA RAQUEL DE CARVALHO VIANA

GERLANIA RODRIGUES SALVIANO FERREIRA

STEPHANIE DE ABREU FREITAS

KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACEDO COSTA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.012

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PESSOAS IDOSAS SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO..... 240

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

LIA RAQUEL DE CARVALHO VIANA

STHEPHANIE DE ABREU FREITAS

TATIANA FERREIRA DA COSTA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.013 PACIENTES RENAI CRÔNICOS: ESTUDOS DOS MARCADORES BIOQUÍMICOS	258
HERONIDES DOS SANTOS PEREIRA GEONICE RODRIGUES MEDEIROS PATRÍCIA MARIA DE FREITAS E SILVA CIBELLY ALVES SANTOS	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.014 CONDIÇÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	275
GERLANIA RODRIGUES SALVIANO FERREIRA RAYANE DA SILVA ARRUDA ANA LUÍSA FERNANDES VIEIRA MELO CECÍLIA ALEXANDRINA DE FARIAS PONTES	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.015 SINTOMAS DEPRESSIVOS E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS	293
CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA CECÍLIA ALEXANDRINA DE FARIAS PONTES GERLANIA RODRIGUES SALVIANO FERREIRA MARIA CRISTINA LINS OLIVEIRA FRAZÃO	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.016 ASPECTO TEÓRICO-METODOLÓGICO DAS NOVAS FORMAS DE MOVIMENTOS SOCIAIS DO IDOSO E AS POLITICAS SOCIAIS	311
LILIÁDIA DA SILVA OLIVEIRA BARRETO NOÊMIA LIMA SILVA THAYANE FRANÇA LISBOA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.017 PRÁTICAS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS NA PÓS-MENOPAUSA: UMA AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO E ANTROPOMÉTRICO	333
LAURA ALVES COTA E SOUZA THIAGO MAGALHÃES GOUVEA ANGÉLICA ALVES LIMA	

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.018

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS
SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO 350**

KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA
CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA
CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA
ANA LUÍSA FERNANDES VIEIRA MELO

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.019

**DESCOMPASSO DA EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS
PARA PESSOA IDOSA NO BRASIL..... 367**

MARIA DA CONCEIÇÃO VASCONCELOS GONÇALVES
THAYANE FRANÇA DOS SANTOS
EDNA FELIX
VERA NÚBIA SANTOS

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.020

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SALAS DE ESPERA: UM RELATO
DE EXPERIÊNCIA COM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS.... 391**

RAÍRA KIRLLY CAVALCANTE BEZERRA
PRISCILLA FERREIRA LEMOS
FRANCISCA PATRÍCIA BARRETO DE CARVALHO

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.021

**ENVELHECER EM PERNAMBUCO - CONTRADIÇÕES E
DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA . 407**

RITA DE KASSIA TORRES NÓBREGA
JOSEANA MARIA SARAIVA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.022

**ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE E A FORMA DE ENCARAR
O RELACIONAMENTO ÍNTIMO..... 427**

PRISCILLA FERREIRA LEMOS
TASSIANA GOMES AIRES PACHECO PINTO
RAÍRA KIRLLY CAVALCANTE BEZERRA
FRANCISCA PATRÍCIA BARRETO DE CARVALHO

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.023

**A CASA QUE HABITO: ELEMENTOS DO LUGAR QUE
FACILITAM A ADAPTAÇÃO DA PESSOA IDOSA 445**

MIRIAM DE FARIAS PANET
BRUNA SANDRELLE CORREIA LOPES
MATHEUS PIMENTEL FIGUEIREDO LUNA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.024 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E CLÍNICO DE MULHERES IDOSAS COM CÂNCER DE MAMA	471
RAYANE DA SILVA ARRUDA CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA LIA RAQUEL DE CARVALHO VIANA KÁTIA NEYLA FREITAS MACEDO COSTA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.025 OS SIGNIFICADOS DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS E A RELAÇÃO AUTOPERCEBIDA COM A SAÚDE	488
MARCIA QUEIROZ DE CARVALHO GOMES LÍVIA PATRÍCIA ARAÚJO DOS SANTOS	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.026 PERCEÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO SUBMETIDO À PROSTATECTOMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	507
ANA CRISTINA RODRIGUES LUNA E SILVA AUDIMERE MONTEIRO PEREIRA RAFAELA FERNANDES PORTO ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.027 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E SEUS ENTRAVES	524
CLENISE LILIANE SCHMIDT DIONARA GUARDA CÁSSIA LARA FRANKOWIA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.028 PERCEÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE PORTO ALEGRE: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE	543
ELIANE MATTANA GRIEBLER ANDRÉA KRUGER GONÇALVES	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.029 AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO- FUNCIONAL EM IDOSOS SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA DE MORADIA	558
ARTHUR ALEXANDRINO PATRÍCIO DE ALMEIDA COSTA THAYSA FERNANDES DE AZEVEDO MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.030 CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: BEM ESTAR E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	581
TATIANA FERREIRA DA COSTA RAYANE DA SILVA ARRUDA KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.031 INSTRUMENTO INTERDISCIPLINAR PARA DIAGNÓSTICO DA SARCOPENIA EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	598
SUELANE RENATA DE ANDRADE SILVA LILIAN GUERRA CABRAL DOS SANTOS SANNI MORAES DE OLIVEIRA KYDJA MILENE SOUZA TORRES DE ARAÚJO	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.032 ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR PESSOAS IDOSAS ATIVAS NA VIVÊNCIA DO CONFINAMENTO NO PERÍODO DA PANDEMIA POR COVID-19	616
HAYDÊE CASSÉ DA SILVA MARIA ADELAIDE SILVA PAREDES MOREIRA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.033 FÓRUNS DE CIDADANIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS EM DEFESA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS - SÃO PAULO, SP	636
ÁUREA ELEOTÉRIO SOARES BARROSO MARIA LÚCIA CARVALHO DA SILVA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.034 INTERVENÇÕES ON-LINE PARA CUIDADORES DE IDOSOS (AS) COM ALZHEIMER EM TEMPOS ADVERSOS: DEMANDAS, POSSIBILIDADES E DESAFIOS	653
MARIA CHRISTIANE DOS SANTOS CERENTINI CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.035 AS AVÓS ENCARCERADAS E SEUS NETOS: UM OLHAR DA PSICOGERONTECNOLOGIA	666
DANIELY DA SILVA DIAS VILELA CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS CIRLENE FRANCISCA DE SALES SILVA	

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.036 E DAÍ? GERONTOCÍDIO NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA	679
TARCÍSIO CARVALHO DA CRUZ ÁUREA DA SILVA PEREIRA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.037 LESÃO POR PRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS: CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM	701
MARIA EDUARDA SILVA DO NASCIMENTO SANDRA LÚCIA DIAS NUNES GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO ANA ELZA OLIVEIRA MENDONÇA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.038 NOTAS SOCIOANTROPOLÓGICAS: ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE E FELICIDADE	720
DENISE CRISTINA FERREIRA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.039 MORSE FALL SCALE COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA	739
RAFAELLA FELIX SERAFIM VERAS RENATA MAIA DE MEDEIROS FALCÃO MAYARA MUNIZ PEIXOTO RODRIGUES JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.040 FISIOTERAPIA JUNTO AOS PACIENTES COM COVID-19 NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - RELATO DE EXPERIÊNCIA	756
FELLÍCIA FERREIRA DA MOTA	
10.46943/VIII.CIEH.2021.01.041 EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO LGBT+ NO ENVELHECIMENTO	773
WILLIAN ROGER DULLIUS SILVANA ALBA SCORTEGAGNA	

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.042

**FRAGILIDADES NO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS
SOBRE LESÃO POR PRESSÃO..... 791**

GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO

MARIA JÚLIA OLIVEIRA GUIMARÃES SOARES

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.043

**MULHERES EM CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO/VELHICE:
EMOÇÃO E CONSCIÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE
VIDA, TRABALHO E QUESTÕES DE GÊNERO NO CONTEXTO
DE PANDEMIA..... 812**

FÁTIMA FERNANDES CATÃO

TATIANNE SILVA FERREIRA

10.46943/VIII.CIEH.2021.01.044

**COMUNICAÇÃO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO:
FENÔMENOS QUE SE INTER-RELACIONAM NA
SOCIALIZAÇÃO DO(A) IDOSO(A) 831**

SIMONE GOMES DA SILVA

IÉDA LITWAK DE ANDRADE CEZAR

A PRÁTICA DA PSICOTERAPIA BREVE PSICODINÂMICA EM GRUPO PARA PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

ANDRÉ LUÍS CABRAL DA SILVA

Doutorando do Curso de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - PE, mestre em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco; Formação em psicologia pela Faculdade Frassinetti do Recife - PE; professor de Psicologia do Centro Universitário dos Guararapes - PE. andre.cabral@unifg.edu.br;

RESUMO

A população idosa brasileira tende a aumentar nos próximos anos e cada vez mais pessoas acima de 60 anos vão necessitar de acesso aos serviços de saúde mental. Dessa forma, este artigo se propõe a refletir sobre a Psicoterapia Breve Psicodinâmica de Grupo direcionada àqueles que se encontram na velhice. Mediante a Revisão Integrativa, realizou-se um levantamento em bases de dados eletrônicas PubMed, SciELO e BVS no período de 2010 a 2020. Seguiram-se critérios de inclusão e exclusão sendo selecionados sete artigos para análise. Os estudos apontaram a existência de mais benefícios do que limitações nesta modalidade psicoterápica e na sua aplicação para idosos. Verificou-se que as indicações e o foco definido para este tipo de psicoterapia é diversificado. Foi possível refletir sobre a aplicabilidade desta intervenção psicológica dirigida à população idosa que faz uso dos serviços de saúde.

Palavras-chave: psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia breve, psicoterapia de grupo, idoso

INTRODUÇÃO

Nos países em desenvolvimento, como são as regiões da América Latina, a pessoa idosa é definida como todo indivíduo com 60 anos ou mais, conforme a Organização Mundial da Saúde – OMS (2005). Nesses territórios, o rápido e crescente aumento da população idosa vem impulsionando uma maior geração de serviços de saúde e assistenciais.

O Brasil é um exemplo deste aumento no número de idosos, pois é um país que tem mais de 28 milhões de pessoas idosas, representando 13% da população, um percentual que tende a dobrar nas próximas décadas, de acordo com divulgação do IBGE (2020). Junto a este fenômeno de mudança na faixa etária da população, existe uma demanda crescente por serviços de saúde mental incluindo as práticas das psicoterapias, em vários pontos geográficos brasileiros. Entretanto, existe pouco investimento para os serviços de atendimentos psicológicos na saúde pública e, diante disso, a brevidade e os atendimentos psicoterápicos de grupo, caso sejam as melhores indicações técnicas para os usuários, podem favorecer um maior número de acesso de pessoas para estes serviços (CARVALHO; SILVA, 2012), incluindo àqueles na velhice.

Neste contexto, pode-se apontar para a Psicoterapia Breve (PB) que é conceituada como uma técnica projetada para produzir mudanças terapêuticas em um curto espaço de tempo, e geralmente ocupa não mais do que 20 sessões. Do mesmo modo, a Psicoterapia de Grupo pode ser definida como uma modalidade na qual dois ou mais pacientes participam, sob a orientação de um ou mais psicoterapeutas, com o propósito de tratar distúrbios emocionais, desajustamentos sociais e estados psicóticos (ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

Considera-se que um grupo terapêutico breve tem curta duração que busca alcançar um objetivo definido após uma avaliação inicial, se concentrando mais em questões interpessoais do que em demandas intrapessoais (CORDIOLLI, 2008).

A complexidade do processo psicoterapêutico breve em grupo vem sendo apontada por inúmeras pesquisas da área e continua a ser um desafio a todos que buscam evidências empíricas para compreender os fatores nele envolvidos.

Yoshida et al. (2004) realizaram um levantamento bibliográfico e apontam a escassez de pesquisas estrangeiras que analisam a produção científica sobre PB; dentre as nacionais, localizam apenas uma realizada por Yoshida, et al. (1995) e que cobre a produção entre os anos 1990 a 1994. A mais recente destacada pelos autores se refere a Ferreira (2002) que avaliou a produção científica sobre as PB no Brasil e demais países da América Latina, referente à década de 90. Os autores ressaltam também o fato de haver, no Brasil, poucos pesquisadores investigando as psicoterapias breves.

Pode-se dizer que as bases de dados eletrônicas constituem uma importante fonte para alcance da produção brasileira sobre as psicoterapias breves, além de outras modalidades psicoterápicas, especialmente em situações que dificultam a pesquisa de campo, como no caso da pandemia da COVID-19 e o isolamento social.

A partir de uma busca prévia no Google Scholar, antes da revisão a ser relatada neste estudo, identificou-se que nos últimos cinco anos a maior parte das pesquisas ou atendimentos em PB realizados em grupos, vem sendo na abordagem cognitivo-comportamental, e um menor número deles se dirigem para a abordagem psicodinâmica que deriva da teoria psicanalítica.

A psicoterapia breve na modalidade psicodinâmica concebe os indivíduos como seres que reagem ao inconsciente: o manejo clínico focam em processos de mudança que facilitam a autocompreensão e a (re)significação das forças do inconsciente. Neste sentido, Mucida (2006) argumenta que o inconsciente não envelhece, e o processo natural do envelhecimento, pode reavivar ou gerar feridas e perdas que trazem efeitos sobre o narcisismo do sujeito, expressos na luta entre investimento afetivo em si e desinvestimento.

Pensar sobre a técnica da Psicoterapia Breve Psicodinâmica em Grupo é relevante, pois parece que esta modalidade ainda é escassa especialmente quando dirigida às pessoas idosas. Deste modo, este estudo objetivou refletir sobre as produções em Psicoterapia Breve Psicodinâmica de Grupo aplicada à população idosa, e para este propósito, utilizou-se o método da revisão integrativa da literatura e os achados apontaram mais benefícios do que limitações nesta técnica psicoterápica, na sua aplicação para pessoas idosas.

MÉTODO

A pesquisa de Revisão Integrativa permite a avaliação crítica de estudos recentes, agrupando e integrando os resultados que destacam as evidências científicas. Este método possibilitou integrar alguns conceitos e ideias oriundas de publicações do período que vai de 2010 a 2020, oportunizando reflexões referentes aos últimos dez anos, sobre a Psicoterapia Breve Psicodinâmica de Grupo desenvolvida com a população idosa.

As bases de dados eletrônicas *National Library of Medicine* - PubMed, *Scientific Library Electronic Online* – SciELO e a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, foram as selecionadas para esta pesquisa, considerando-se que o acervo indexado nestas plataformas é direcionado para a área da saúde.

Partindo-se da pergunta: o que está sendo produzido sobre Psicoterapia Breve Psicodinâmica de Grupo aplicada à população idosa? A partir desta, selecionaram-se palavras-chave que descrevessem o fenômeno estudado, no banco de terminologias - Descritores em Ciência da Saúde (DeSC). Foi realizada uma busca inicial para verificar a presença de resultados nas bases de dados eletrônicas e, após certificada a possibilidade de retorno dos dados para a análise, as palavras-chave foram consideradas adequadas.

As palavras-chave selecionadas foram os termos "psicoterapia psicodinâmica", "psicoterapia breve" e "idoso", mais o termo livre "Grupo", além de suas traduções para os idiomas Inglês e Espanhol.

A relação dos termos pelos operadores booleanos OR e AND permitiu as sequências de caracteres para a compilação da pesquisa, sendo: "psicoterapia psicodinâmica" OR "psicoterapia breve" AND "idoso" AND "grupo"; "psychodynamic psychotherapy" OR "brief psychotherapy" AND "aged" AND "Group"; e "psicoterapia psicodinâmica" OR "psicoterapia breve" AND "ancianos" AND "grupo".

Como critério de inclusão para a seleção dos estudos, optou-se por artigos científicos que abordassem o tema das Psicoterapias Breves Psicodinâmicas de Grupo aplicadas à população idosa e somente os textos disponíveis de forma **online** na íntegra; consideraram-se as publicações somente nos idiomas português, espanhol e inglês, no período entre 2010 a 2020.

Os critérios para exclusão dos estudos foram: teses, dissertações, **gray literature**, livros, resumos, trabalhos de conclusão de cursos de graduação, anais de congressos, editoriais, resenhas, outras revisões de literatura e estudos que estavam em duplicidade nas bases de dados pesquisadas.

O levantamento dos artigos nas bases de dados eletrônicas aconteceu no final de dezembro de 2020, selecionando os artigos pela leitura do título e resumo, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, os artigos selecionados foram lidos na íntegra e os achados relevantes para o objetivo deste estudo foram analisados, considerando os processos e desfechos das intervenções.

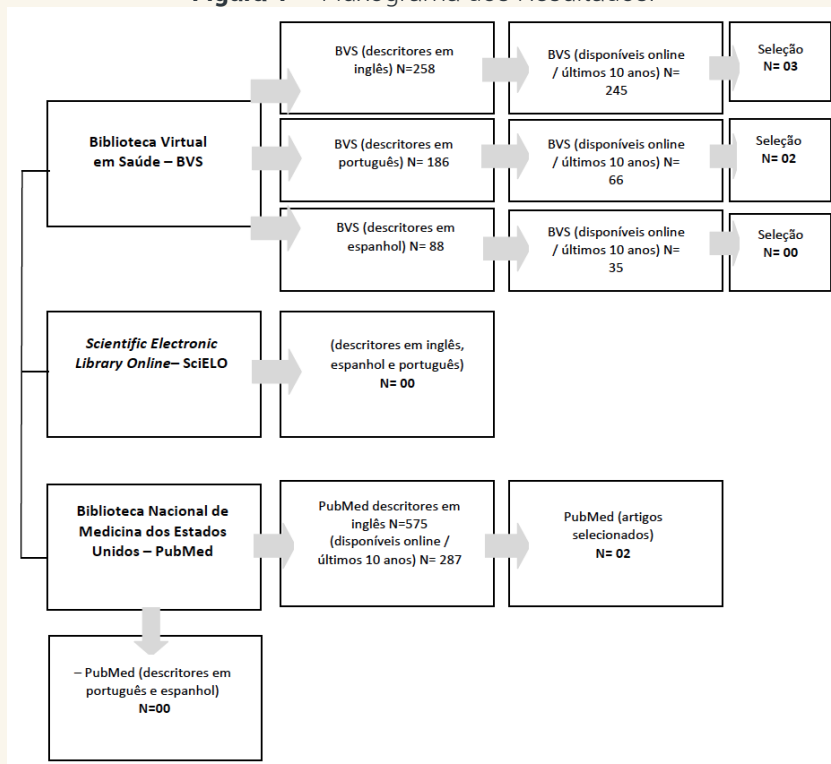
Nas buscas iniciais realizadas na BVS foram encontrados 186 títulos com as palavras-chave no idioma Português, 258 títulos em Inglês e 88 títulos em Espanhol. Foram selecionados os artigos disponíveis na íntegra e online, restando respectivamente 66, 245 e 35 títulos para cada um dos três idiomas utilizados. Após as leituras dos títulos e resumos, e considerando os critérios de inclusão e exclusão, restaram dois artigos em Português, três artigos em Inglês, e nenhum artigo no idioma Espanhol que correspondesse aos objetivos da pesquisa.

Na PubMed foram identificados 287 títulos em Inglês, estando todos disponíveis online. Baseado nos critérios de inclusão e exclusão restaram somente dois artigos para análise na PubMed.

Nenhum título foi encontrado usando os idiomas na base de dados SciELO, de modo que não houve artigos para a análise a partir desta plataforma.

Foram incluídos apenas os estudos que envolveram participantes com idade cronológica maior que 60 anos, uma vez que nenhum dos artigos encontrados foi direcionado exclusivamente para a população idosa. Após o resultado das buscas, o total de artigos analisados nesta revisão foi sete, conforme Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma dos Resultados.



RESULTADOS

Entre os sete artigos encontrados, dois artigos são do Canadá, um da Noruega, um do Canadá em parceria com a Noruega, um da Suíça em cooperação com os Países Baixos, um da Espanha e um da Alemanha com a colaboração de pesquisadores da Austrália e Estados Unidos da América. Não foram encontrados nas bases de dados pesquisadas artigos oriundos da América Latina que cumprissem os critérios propostos de inclusão e exclusão.

Todos os sete artigos foram escritos com a colaboração de mais de dois autores, e William E. Piper, Anthony S. Joyce e John S. Ogrodniczuk, ambos do Departamento de Psiquiatria da Universidade da Columbia Britânica, no Canadá, são autores de dois desses artigos. Estes três autores se destacam em outras produções sobre as psicoterapias psicodinâmicas de curto prazo, discutindo os objetivos e técnicas desta psicoterapia em suas aplicações interpretativa e de apoio.

Considerando o recorte temporal entre 2010 a 2020 e os sete artigos encontrados, um foi publicado em 2010, um estudo em 2013, dois deles em 2014, e apenas um em 2015, um em 2016 e um em 2017, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Artigos analisados.

ARTIGOS ANALISADOS				
Nº	Base de dados - Revista	Título	Autores	País - ano de publicação
01	BVS - Revista <i>Psychiatry Interpersonal and Biological Processes</i>	<i>Short-Term Group Therapy for Complicated Grief: The Relationship Between Patients' In-Session Reflection and Outcome Effectiveness of Short-Term Dynamic Group Psychotherapy in Primary Care for Patients with Depressive Symptoms</i>	David Kealy, Carlos A. Sierra- Hernandez, William E. Piper, Anthony S. Joyce, Rene Weideman e John S. Ogrodniczuk	Canadá - 2017
02	BVS – Revista <i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i>	<i>Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment- resistant disorders</i>	Ignasi Bros, Pere Notó, Antoni Bulbena	Espanha - 2016
03	BVS – <i>Journal of Affective Disorders</i>	<i>Psychodynamic interventions in cancer care I: psychometric results of a randomized controlled trial</i>	Ole André Solbakken e Allan Abbass	Canadá e Noruega - 2015
04	PubMed – Revista <i>Psycho- Oncology</i>	<i>Long-Term Course in Female Survivors of Childhood Abuse after Psychodynamically Oriented, Trauma- Specific Inpatient Treatment: A Naturalistic Two-Year Follow-Up</i>	G. Ludwig, S. Krenz, C. Zdrojewski, M. Bot, I. Rousselle, D. Stagno, F. Luethi, S. Leyvraz and F. Stiefel	Suíça e Países Baixos -2014
05	PubMed – Revista <i>Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</i>	<i>Development of Group Climate in Short- and Long-Term Psychodynamic Group Psychotherapy</i>	Astrid Lampe, Marie- Therese Barbist, Ursula Gast, Luise Reddemann, Gerhard Schüßler	Alemanha, Austrália e Estados Unidos da América - 2014
06	BVS – <i>International Journal of Group Psychotherapy</i>	<i>Interpersonal Predictors of Outcome Following Short-Term Group Therapy For Complicated Grief: A Replicatio</i>	Jan Vegard Bakali, Theresa Wilberg, Ole Klungsoyr, Steinar Lorentzen	Noruega - 2013
07	BVS - Revista <i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i>		Anthony S. Joyce, John S. Ogrodniczuk, William E. Piper e Amanda R. Sheptyck	Canadá - 2010

Procedeu-se à análise dos estudos considerando o método, o resultado, a discussão e as conclusões. Foram destacados os objetivos, os referenciais teóricos, a descrição dos participantes e as descobertas encontradas que pudessem contribuir com a reflexão

sobre a Psicoterapia Breve Psicodinâmica de Grupo em idosos, de acordo com o Quadro 2.

Todos os artigos incluídos descrevem pesquisas com grupos heterogêneos em relação à idade, sendo as psicoterapias aplicadas em adultos e idosos. Em relação ao sexo, em todas as pesquisas a maioria dos participantes eram mulheres. No que concerne ao foco estabelecido para o manejo clínico psicoterápico, os sintomas depressivos associados às comorbidades foi o mais considerado em cinco dos artigos, destacando-se o luto em dois deles. A maior parte das investigações focava em aspectos diagnósticos e psicopatológicos para fins curativos direcionados aos transtornos depressivos, ansiosos e de personalidade.

Entre os aspectos teóricos, os pressupostos de John Bowlby sobre a Teoria do Apego (TA) foi a mais utilizada. Outros aspectos observados, além das mudanças nos sintomas destacam-se os benefícios alcançados para os relacionamentos interpessoais, os traumas em adultos e idosos referentes a abusos sofridos na infância, o cuidado de pacientes com câncer, os efeitos de intervenções de curto prazo para pacientes com transtornos resistentes aos tratamentos rotineiros e as comparações entre os efeitos e o clima da psicoterapia de curto e longo prazo.

Quadro 2 – Síntese da Revisão Integrativa.

SÍNTESE DA ANÁLISE DOS ARTIGOS				
Nº	Tipo de estudo - Objetivo	Referencial teórico	Descrição dos participantes	Principais descobertas
01	Estudo comparativo - Investigar a relação entre a atividade psicodinâmica dos pacientes versus atividade de apoio em psicoterapia de grupo, ambos no pós-tratamento e entre a rescisão e 6 meses.	Teoria da psicoterapia de grupo; Psicanálise; Teoria do apego, Bowlby; Teoria da mentalização.	110 pacientes em duas clínicas psiquiátricas ambulatoriais canadenses, com idades entre 22 a 74 anos, e que completaram uma das duas formas de terapia de grupo para luto complicado: terapia interpretativa e terapia de suporte.	Compreendeu-se que a atividade psicodinâmica contribui para melhorar problemas nos sintomas focais pós-terapia, bem como mudanças em outros sintomas nos meses seguintes à rescisão. O trabalho reflexivo e psicodinâmico dos pacientes pode ser um mecanismo curativo geral de tratamentos em grupo. Nenhuma diferença foi significativa na natureza da atividade terapêutica dos pacientes entre grupos interpretativos e de apoio. Quanto maior a porcentagem de pacientes com relacionamentos relativamente maduros em um grupo, melhor será o resultado para todos pacientes do grupo.

SÍNTESE DA ANÁLISE DOS ARTIGOS				
Nº	Tipo de estudo - Objetivo	Referencial teórico	Descrição dos participantes	Principais descobertas
02	Estudo prospectivo controlado - Avaliar a eficácia da psicoterapia de grupo dinâmica de grupo e curto prazo realizado no ambiente de atenção primária e para pacientes com sintomas depressivos.	Os princípios da psicoterapia psicodinâmica descrita por Blagys e Hilsenroth; Os fatores terapêuticos de grupo descritos por Yalom.	115 pacientes com sintomas depressivos e que completaram o processo de psicoterapia dinâmica de grupo e curto prazo.	A implementação da psicoterapia dinâmica de grupo em curto prazo e administrada por psicoterapeutas experientes para pacientes com sintomas depressivos é viável e eficaz no atendimento de rotina em centros de atenção primária. No final da psicoterapia dinâmica de grupo, melhorias significativas foram observadas. Grandes efeitos foram encontrados para melhorias na ansiedade e na ausência de sintomas depressivos. Além de melhorar a saúde houve melhora na qualidade de vida. O fato de que idade limite não ter sido um critério de inclusão mostrou que a psicoterapia de grupo dinâmica é benéfica para idosos.
03	Estudo quantitativo - Testar a eficácia de um programa de tratamento de tempo limitado baseado na psicoterapia dinâmica intensiva de curto prazo para o alívio de transtornos resistentes ao tratamento em cuidados residenciais.	Princípios terapêuticos de grupo de Yalom; Noções baseadas na psicoterapia dinâmica intensiva de curto prazo; o aparato técnico de intervenção de Davanloo.	60 participantes do programa de tratamento residencial para tratamento de pacientes resistentes à ansiedade e / ou transtornos depressivos, com idades entre 19 a 62 anos.	O grupo de tratamento evidenciou melhorias significativas em contraste com o grupo controle. Quatorze meses após o tratamento os pacientes se apresentaram recuperados de queixas. A participação no programa alvo reduziu problemas interpessoais para pacientes. Após o término do tratamento as melhorias obtidas no tratamento permaneceram estáveis. Um efeito significativo foi na melhora pós-terapêutica no funcionamento interpessoal. A maioria dos pacientes experimentaram melhora confiável 14 meses após o tratamento.
04	Estudo quantitativo - Avaliar a eficácia das intervenções psicodinâmicas (os efeitos da psicoterapia de apoio e suporte) no cuidado com o câncer, produzindo informações para a implementação de suporte em oncologia.	A narrativa de vida psicodinâmica: uma intervenção psicoterapêutica útil em situações de crise de Viederman M.. Modelo de psicoterapia dinâmica de curto prazo de Davanloo.	190 pacientes, ambulatoriais, entre 18 e 75 anos, recém-admitidos para o serviço de oncologia do Hospital Universitário de Lausanne.	Apesar dos pacientes do grupo de intervenção e do grupo observacional apresentarem melhora significativa na qualidade de vida desde o início até 12 meses de acompanhamento, outros resultados para ansiedade, depressão, sofrimento psicológico e alexitimia permaneceram inalterados. As Intervenções Psicodinâmica de Grupo em curto prazo para pacientes com câncer e recém-diagnosticados têm que ser questionadas quanto à sua capacidade de responder às necessidades e estado psicológico dos pacientes adultos e idosos com alexitimia.

SÍNTESE DA ANÁLISE DOS ARTIGOS				
Nº	Tipo de estudo - Objetivo	Referencial teórico	Descrição dos participantes	Principais descobertas
05	Estudo quantitativo - Examinar o curso de dois anos de mulheres sobreviventes do abuso na infância, após receberem tratamento hospitalar baseado em Terapia Psicodinâmica de curto prazo para traumas.	Terapia psicodinâmica imaginativa do trauma; Teoria dos estados de ego.	42 mulheres entre 21 a 69 anos, que tiveram experiências emocionais: negligência na infância, abuso físico e abuso sexual.	O tratamento hospitalar com a Psicoterapia Psicodinâmica de curto prazo para traumas leva a uma redução significativa dos sintomas em mulheres com abuso infantil grave. Os efeitos do tratamento tendem a permanecer estáveis por dois anos após a psicoterapia realizada em ambulatorios. A carga global de sintomas no acompanhamento de dois anos em transtorno de estresse pós-traumático, depressão e capacidade de auto-calmante foram significativamente melhoradas. Um efeito significativo foi observado para a redução de medicamentos pra transtornos somáticos e psiquiátricos.
06	Estudo quantitativo - Examinar o desenvolvimento do clima na psicoterapia psicodinâmica de grupo curto ou de longo prazo: engajamento, conflito, evitação.	Teorias de desenvolvimento de grupo; análise de grupo de Foulkes	145 pacientes entre 20 a 61 anos, recrutados em áreas urbanas da Noruega, encaminhados para serviços ambulatoriais de saúde mental. 66% diagnosticados com depressão maior (recorrente).	Conflito e evasão diminuíram durante as primeiras 18 sessões em direção ao término dos grupos de curto prazo, em contraste com um aumento neste estágio inicial de os grupos de longo prazo. Quando comparado de acordo com as fases da terapia (inicial, meio, tarde), um padrão baixo-alto-baixo para conflito e evitação emergiu em ambos os formatos de psicoterapia. Há um reflexo de um progresso acelerado no desenvolvimento dentro dos grupos de curto prazo, e um atraso, porém processo fortalecido nos grupos de longo prazo. O prazo da terapia psicodinâmica de grupo é responsável por vários padrões de desenvolvimento do clima de grupo. A estratégia de desafiar os padrões interpessoais dos pacientes é mais presente no estágio intermediário da psicodinâmica de curto prazo tratamento.
07	Estudo comparativo - Analisar dados de um ensaio comparativo que examinou o efeito da terapia de grupo por tempo limitado para luto complicado, buscando relações de funcionamento interpessoal, funcionamento social e segurança de apego.	Teoria do apego, Bowlby.	Pacientes entre 22 - 74 anos com perda de pelo menos 3 meses de ente querido.	Nas formas de psicoterapia de grupo de curto prazo, orientada dinamicamente (interpretativo e de apoio), a segurança surgiu como um indicador significativo de melhoria, entretanto, o apego inseguro do paciente demonstrou ser o preditor mais forte, inversamente proporcional com associações de melhoria pós-tratamento, independentemente do parentesco. O apego inseguro (dificuldades de estar perto, confiar ou depender dos outros, e preocupações sobre ser emocionalmente ferido em relacionamentos) está como um preditor de menor benefício. O padrão de apego Inseguro reflete uma relutância em confrontar o doloroso sentimento associado à perda do paciente, também como uma forma de evitar oportunidades de relacionamento oferecido por outros membros do grupo e na vida do paciente fora do tratamento.

A maioria dos benefícios das psicoterapias psicodinâmicas de grupo em curto prazo foi investigada em espaços hospitalares e ambulatoriais, ambientes que permitem atendimentos em contexto natural, trabalhando com fenômenos representativos da realidade e por isso são evidências mais confiáveis.

De modo geral, os resultados encontrados descrevem uma realidade de poucos estudos publicados sobre Psicoterapia Breve Psicodinâmica em Grupo direcionada às pessoas idosas nos últimos dez anos. Entre os artigos avaliados, é importante destacar que não foram encontradas pesquisas sobre os efeitos da Psicoterapia Breve Psicodinâmica em Grupo, exclusivamente dirigidas para idosos e as complexidades desta etapa de vida. Embora esta população idosa tenha sido incluída, pesquisas mais específicas se tornam necessárias para verificar os benefícios e limitações desta modalidade psicoterápica.

DISCUSSÃO

A psicoterapia breve de grupo na modalidade psicodinâmica foi reconhecida e indicada para a redução dos sintomas e aspectos: ansiedade, depressão, obsessão, baixa autoestima, e pessoas com dificuldade para comunicação. Esta modalidade de intervenção psicoterápica é indicada às depressões menores, problemas de ajustamento, sentimentos de não ser útil aos familiares e à comunidade, isolamento social, perda das relações interpessoais significativas, sentimentos de inadequação, conflito entre gerações, conflito de dependência versus independência (CORDIOLLI, 2008).

Trigant Burrow (1928) é considerado o primeiro psicanalista a utilizar a técnica psicanalítica reunindo pacientes neuróticos em grupo. Ele considerou o ser humano como ser social e pertencente ao grupo, sendo este um campo natural para o tratamento, focalizando a atenção do aqui-e-agora do grupo. Em sequência, a partir de 1930, nos Estados Unidos da América, surgiram tratamentos em grupo que visam ao *insight*, também utilizando a teoria psicanalítica e com enfoques para os grupos psicodinâmicos (CORDIOLLI, 2008).

Lipp e Yoshida (2012) apontam que as PBs numa abordagem psicodinâmica e para a obtenção do apoio são mais indicadas para a população idosa. Entretanto, esta Revisão Integrativa também

identificou evidências para os benefícios da psicoterapia psicodinâmica de grupo destacando a sua aplicação em curto prazo, relacionada com os *insights* dos pacientes adultos e idosos.

O mais recente dos estudos encontrados, datado de 2017, investigou a relação entre o trabalho psicodinâmico realizado com os pacientes e o trabalho de apoio oferecido em psicoterapia voltada para o luto considerado complicado (KEALY et al., 2017; JOYCE et al., 2010).

Segundo Mulligan e Kare (2017), a maioria das pessoas se recupera do luto, com o tempo, porém, para algumas pessoas, os sintomas são mais graves e incapacitantes, resultando em risco aumentado, início ou agravamento de doenças mentais e físicas. Isto contribui com o aumento da mortalidade caracterizado pelo luto complicado, luto prolongado, ou transtorno de luto complexo persistente.

Os resultados do estudo de Kealy et al. (2017) fornecem evidências de que o trabalho psicodinâmico em psicoterapia de grupo, focado no desenvolvimento de *insight* e auto-reflexão, pode contribuir para benefícios que perduraram após a conclusão do tratamento. O trabalho psicodinâmico foi significativamente associado com mudança geral de sintomas de luto e maior satisfação com a vida durante o período de acompanhamento de seis meses e pós-tratamento (KEALY et al., 2017).

Os pacientes podem aproveitar o impulso ganho na psicoterapia de grupo para refletir melhor sobre o anseio do luto e conflitos após o grupo terminar. Podem também estender suas habilidades reflexivas para outras áreas problemáticas, como perturbação do humor, autoestima e disfunção social e/ou interpessoal. Deste modo, o trabalho psicodinâmico pode ser considerado um facilitador de habilidades que requerem prática para se tornarem integradas no repertório de habilidades gerais de um indivíduo (KEALY, et al., 2017).

É constatada que a relação terapêutica e o *insight* proporcionam a mudança na psicoterapia psicodinâmica, sendo por meio de interpretações e *insights* que os impulsos inconscientes se tornam conscientes, além dos sentimentos, medos, fantasias e desejos, especialmente quando estes se manifestam nas relações transferenciais (CORDIOLLI, 2008).

O *insight* tem um sentido geral de “enxergar para dentro” e ocorre quando o indivíduo descobre algo importante sobre si mesmo, sobre

seu comportamento, seu sistema motivacional ou inconsciente. O *insight* para o paciente pode ser obtido numa psicoterapia em grupo, pelo menos em quatro níveis diferentes: 1) entender como as pessoas o enxergam; 2) entender o padrão de comportamento interacional mais complexo; 3) entender o que fazem e porque fazem isso com outras pessoas; 4) entender como chegaram a ficar assim, como são pelo impacto das primeiras experiências familiares e ambientais (YALOM, 2006).

Para Kealy et al. (2017), o desenvolvimento de *insight* e auto-reflexão é fundamental na psicoterapia psicodinâmica, pois enfatiza a compreensão dos complexos fenômenos mentais implícitos como são os mecanismos de defesa, os conflitos e as motivações que contribuem para perpetuar os problemas atuais dos pacientes. Deste modo, o processo central da psicoterapia psicodinâmica é o início da auto-reflexão, e habilidades para facilitar o desenvolvimento à obtenção de *insights*.

É importante para o paciente descobrir e aprimorar a capacidade para compreender e refletir sobre o funcionamento interior da sua mente, porque o trabalho terapêutico psicodinâmico ou reflexivo é focado em conflitos internos, motivações, processos dos relacionamentos interpessoais, e envolve a tentativa de compreender os problemas em termos de defesas, afetos, cognições e padrões relacionais (KEALY et al., 2017).

Neste contexto, torna-se importante a etapa de seleção dos participantes para a formação de um grupo para psicoterapia, e estabelecer um diagnóstico psicodinâmico que inclua o nível de desenvolvimento psicológico de cada paciente e sua capacidade para esta modalidade que busca favorecer o *insight* (CORDIOLLI, 2008).

Kealy et al. (2017) reforçam que, quanto maior a porcentagem de pacientes em um grupo com capacidade para relacionamentos relativamente maduros, capazes de se relacionar e buscar soluções para possíveis conflitos, melhor será o resultado para todos pacientes do grupo. Os autores consideram que o paciente tenta entender além do problema que o envolve, observando as dificuldades dos outros pacientes no grupo, ou o grupo como um todo em termos de fatores psicodinâmicos, sendo o conflito implícita ou explicitamente, identificado. Estas ações são facilitadas quando há uma melhor capacidade dos participantes para os relacionamentos maduros.

Em outro estudo, também realizado em ambiente de ambulatório, Solbakken e Abbass (2015) observaram a recuperação de 49% das queixas referentes ao foco, o que permaneceu estável um ano após o término de um tratamento psicodinâmico de curto prazo (realizado em oito semanas). Neste referido tratamento psicodinâmico foram ofertadas 25 sessões individuais, semanais, juntamente com duas sessões em grupo de 90 minutos por semana, gerando uma média de 16 sessões para cada participante. A psicoterapia em grupo buscou contribuir ampliando a tolerância emocional, o esclarecimento sistêmico e o desafio às defesas.

Verificou-se que os tratamentos nos programas residenciais, quando adaptados para a psicoterapia dinâmica intensiva de curto prazo, podem ser muito úteis para pacientes com distúrbios de ansiedade, transtornos depressivos ou mistos, especialmente para aqueles pacientes mais resistentes ao tratamento de rotina nesses espaços (SOLBAKKEN; ABBASS, 2015).

Solbakken e Abbass (2015) observaram também que a melhora durante o tratamento ocorreu rapidamente quando as psicoterapias psicodinâmicas de curto prazo, individual e grupal, eram integradas. Além da rapidez, as mudanças foram sustentadas de forma consistente no acompanhamento, o que aponta que é possível produzir um aumento na velocidade e duração de melhoras em comparação ao atendimento ambulatorial padrão.

Na psicoterapia psicodinâmica intensiva de curto prazo, concomitantemente aplicada individualmente e em grupo, também foram detectados crescimentos significativos nas mudanças em problemas interpessoais, tanto clinicamente, quanto após os tratamentos. Os problemas interpessoais são comumente considerados mais difíceis de atenuar e a mudança nessa área costuma ser considerada como o reflexo de um processo que ocorre mais gradualmente. Entretanto, as interações interpessoais no grupo psicoterápico podem ter gerado, em muitos desses pacientes, um novo conjunto de habilidades e capacidades interpessoais que serviram para suas vidas diárias após terem alta do programa (SOLBAKKEN; ABBASS, 2015).

O estudo de Solbakken e Abbass (2015) não afirma com segurança qual a forma de intervenção, entre individual ou grupal, que garante mais dos benefícios encontrados, entretanto, os processos

grupais têm sido destacados pela ênfase sobre os conflitos atuais, intra e interpessoais.

As atividades psicodinâmicas em grupo focalizam o ponto de vista das forças integrativas do ego, estimulando os pacientes a se adaptarem, sendo possível minimizar os conflitos e, quando possível, resolvendo-os após a compreensão da realidade interna (na pessoa) e sua confrontação com a realidade externa (no grupo). A partir dessa elaboração em grupo, os pacientes são encorajados a agir nos ambientes nos quais convivem rotineiramente (LIPP; YOSHIDA, 2012).

A psicoterapia psicodinâmica intensiva de curto prazo aplicada em grupo e individualmente, pode contribuir como uma prática impulsionadora para padrões mais positivos de interação com os outros, produzindo crescimentos benignos em relacionamentos, reduzindo problemas interpessoais. Destaca-se que as melhorias interpessoais que os pacientes experimentam durante e após o tratamento breve podem ser ainda indicativos, não apenas do aumento da capacidade de funcionamento interpessoal, mas também de uma possível redução na necessidade pelos serviços de saúde mental, no futuro desses pacientes (SOLBAKKEN; ABBASS, 2015).

O relacionamento interpessoal é estruturado e vivenciado no contexto em que os sujeitos estão inseridos, sendo familiar, escolar, de trabalho ou na comunidade. No estudo referente aos sintomas de luto, realizado por Joyce et al. (2010), três índices distintos de relacionamento interpessoal foram analisados e associados aos efeitos da psicoterapia psicodinâmica breve em grupo, são eles: a qualidade das relações objetais, o funcionamento social atual e a insegurança de apego. Como preditivo para o resultado do tratamento psicodinâmico foi reinteirado que o apego inseguro do paciente, que pode ser categorizado como apego evitativo, apego ambivalente e o apego desorganizado, é o mais forte, sendo inversamente proporcional às melhorias pós-tratamento.

“O papel do apego na vida dos seres humanos envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação” (DALBEM; DELL'AGLIO, 2005, p.14). O apego inseguro é um dos conceitos da Teoria do Apego proposta por J. Bowlby (1980/1989), e se refere às dificuldades de estar perto, confiar ou depender dos outros e às preocupações sobre ser emocionalmente ferido em relacionamentos.

O apego inseguro é um conceito que está como um preditor de menor benefício para a psicoterapia psicodinâmica breve em grupo, pois este padrão de apego conduz a uma provável resposta de ansiedade do paciente nas relações interpessoais, refletindo uma relutância em confrontar sentimentos dolorosos como os associados às perdas vivenciadas pelo paciente. Outra provável resposta também é a de evitar oportunidades de relacionamentos oferecidos por outros membros do grupo e na vida do paciente fora do tratamento. No padrão de apego inseguro, o paciente encontra dificuldade para trabalhar de forma eficaz em qualquer formato de tratamento em grupo, seja interpretativo, ou de apoio (JOYCE et al., 2010).

Lampe et al. (2014) realizaram uma pesquisa de campo sobre o tratamento por terapias de orientação psicodinâmica, utilizando conceitos da Teoria dos Estados do Ego proposta por Watkins e Watkins (1997). Analisaram um acompanhamento de mais de um ano em adultos sobreviventes de abusos na infância e os resultados foram entendidos em conexão com a negligência emocional durante a etapa infantil de desenvolvimento dos pacientes.

A negligência emocional quanto se é criança e a falta de retorno dos cuidadores, muitas vezes leva ao apego considerado desorganizado, que neste estudo se reflete no alto número de mulheres solteiras e separadas como também no elevado número de eventos de vida estressantes nos relacionamentos dos pacientes. Além disso, a combinação de apego inseguro e abuso na infância são fatores de riscos para o desenvolvimento de transtornos dissociativos na idade adulta e na velhice (LAMPE et al., 2014).

A avaliação do apego se torna importante uma vez que o grau de conforto com a intimidade em relações interpessoais, que caracteriza a dimensão de proximidade, foi um preditivo de melhoria no tratamento por terapias de orientação psicodinâmica, pois se valoriza mais a mutualidade de relacionamentos íntimos. Pacientes com pontuação alta nesta dimensão, portanto, seria esperado para que se sentissem bastante à vontade no contexto grupal, e provavelmente estabelecessem relações de colaboração fortes, com rapidez e facilidade, junto aos outros membros do grupo. Os membros endossando esta perspectiva sobre seus relacionamentos podem servir como líderes no grupo, facilitando a coesão grupal e a qualidade do trabalho realizado (JOYCE et al., 2010).

Considerando os movimentos interpessoais dentro do grupo, Bakali et al. (2013) examinaram o desenvolvimento do clima grupal considerando o engajamento, os conflitos, e a evitação em se relacionar, nos pacientes atendidos na psicoterapia psicodinâmica de grupo curto ou de longo prazo, comparando com o formato da psicoterapia de longo prazo. Estes pesquisadores citam que várias revisões da literatura apontam a existência de etapas gerais na terapia de grupo: inicial, intermediária e final ou tardia. As descobertas apresentam uma atmosfera inicial de grupo caracterizada por uma forte evitação para as tarefas terapêuticas, sendo relativamente livre de conflitos dentro do grupo, e que o envolvimento entre os membros começa relativamente baixo. Porém essa evitação diminui e o conflito aumenta no segundo estágio, o intermediário, e se tem um crescente envolvimento entre os membros ou uma tendência decrescente.

Neste mesmo estudo supramencionado, durante as primeiras 18 sessões, os conflitos e evasão diminuíram em direção ao término dos grupos de curto prazo, em contraste com um aumento no estágio inicial em grupos de longo prazo. Quando comparado de acordo com as fases da terapia (inicial, meio, final), um padrão baixo-alto-baixo para o conflito e a evitação emergiu em ambos os formatos de psicoterapia, com uma diminuição mais lenta e forte em direção ao término em grupos de longo prazo. Esta descoberta pode ser vista como um reflexo de um progresso acelerado de desenvolvimento dentro dos grupos de curto prazo, e um atraso, mas um processo mais fortalecido nos grupos de longo prazo (BAKALI et al., 2013).

A estratégia de desafiar os padrões interpessoais dos pacientes é mais presente no estágio intermediário do tratamento psicodinâmico de curto prazo. No tratamento de longo prazo desafiar os padrões interpessoais ocorre posteriormente, o que pode contribuir para os padrões de conflitos e evasão por mais tempo neste processo psicoterápico. Deste modo, a perspectiva de estágios de desenvolvimento de processos de grupo ainda são importantes para agregar às teorias dos processos de grupo e para a prática clínica (BAKALI et al., 2013).

Ressalta-se que todos os estudos analisados nesta revisão apontam indícios de benefícios ao efetivar a prática da psicoterapia breve psicodinâmica em grupo em ambientes naturalísticos, seja esta integrada ou não a outras formas de tratamento, ampliando a qualidade

dos serviços de saúde. Entretanto, é preciso considerar as particularidades da aplicação deste tipo de psicoterapia, considerando o foco específico a ser trabalhado em cada grupo de pacientes, como é o caso de pessoas idosas.

Por exemplo, no estudo de Ludwig et al. (2014), revelam-se desafios importantes para o desenvolvimento e implementação de programas de apoio psicológico focado particularmente no cuidado dos pacientes adultas e idosas com câncer. Estes autores apontam que as intervenções psicodinâmicas de curto prazo para pacientes com câncer recém- diagnosticados têm que ser questionadas quanto à sua capacidade de responder às necessidades e estado psicológico dos pacientes que apresentam especialmente os sintomas de alexitimia como a incapacidade de expressar emoções, pois estes podem dificultar a fidedignidade numa análise e maior insegurança dos resultados, ao considerando os efeitos das psicoterapias aos pacientes nestas condições.

No estudo espanhol realizado por Bros et al. (2016), os autores reafirmam que a implementação da psicoterapia psicodinâmica de grupo e curto prazo para pacientes com sintomas depressivos, atendidos em centros de atenção primária de rotina, é viável e eficaz. Considerou-se ainda o fato do limite de idade não ter sido um critério de inclusão no estudo, como uma explicação da alta média de idade entre os pacientes da pesquisa, mostrando que a psicoterapia psicodinâmica de grupo e curto prazo é benéfica para idosos, mas que a presença de outras condições crônicas é comum os pacientes com mais de 65 anos de idade, o que impõe procedimentos diferenciados das outras faixas de idade.

Em relação às especificidades para idosos, o estudo brasileiro de Yoshida et al. (2004) considera que as psicoterapias breves são de fato a modalidade de intervenção psicológica mais adequada a esta fase do desenvolvimento, pois a ênfase recai nos aspectos de interação do sujeito com os outros e com o ambiente externo, e não nos conflitos estruturais de personalidade, cuja exploração pode expor o paciente a riscos de regressão e desestruturação indesejados.

A modalidade psicodinâmica breve e em grupo para a faixa etária maior que 60 anos devem ser exploradas, de forma que as indicações e contraindicações se pautem em evidências empíricas, e não apenas em pressupostos teóricos, muitas vezes desenvolvidos em contextos

socioculturais distintos dos observados na prática clínica. E neste campo, os psicólogos têm muito a contribuir, seja com propostas de intervenções específicas, seja com pesquisas bem fundamentadas (YOSHIDA et al., 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou avaliar o impacto das Psicoterapias Breves Psicodinâmicas de Grupo aplicadas à população idosa, entretanto, considera-se como limitação para responder seguramente ao objetivo desta Revisão Integrativa, a existência de poucos estudos sobre as psicoterapias breves psicodinâmicas em grupo, e que estes não estão direcionados exclusivamente para os aspectos das pessoas idosas. Esta escassez de pesquisas específicas dificulta uma avaliação criteriosa acerca dos impactos das intervenções de curto prazo ante as características naturais da faixa etária maior que 60 anos.

Contudo, considerou-se que as pesquisas apresentaram qualidade no método e que incluíram pacientes idosos conjuntamente com outras faixas etárias, o que possibilitou algumas inferências precisas. Entre os resultados encontrados nos estudos, todos apontaram a existência de maiores benefícios e menores limitações durante a aplicação desta modalidade aos participantes idosos.

De acordo com os achados, o foco do trabalho em PB psicodinâmica em grupo pode ser diversificado, visto que este tipo de psicoterapia pode ser aplicado para transtornos, situações e problemáticas diferentes. Também foi possível confirmar a utilidade desta modalidade quando aplicada aos idosos, ajudando na melhoria de sintomas e queixas que repercute não somente em seguida ao processo de curto prazo, mais meses e até anos após o tratamento.

Constatou-se que este tipo de psicoterapia pode ser implementado e aprimorado principalmente em ambientes que servem a saúde da população, oportunizando o acesso aos atendimentos de mais qualidade em ambulatórios e hospitais, ou mesmo a partir de programas residenciais, abrangendo relações interpessoais e sintomatologias psicopatológicas, numa perspectiva preventiva ou de enfrentamento desses sintomas.

Apesar destes desfechos observados nos estudos, mais pesquisas devem ser realizadas para abordar os efeitos das psicoterapias

breves psicodinâmicas em grupos e considerando as particularidades da população idosa. Dessa forma, mais pesquisadores podem investir em estudos que verifiquem os benefícios e as limitações pelas vias empíricas. A partir de estudos científicos, pode-se contribuir com a qualidade dos atendimentos psicológicos e a saúde mental de idosos, nos contextos concernentes às demandas diversas desta faixa etária que continuará crescendo em muitos territórios do mundo.

REFERÊNCIAS

BAKALI, V.; WILBERG, T.; KLUNGSØYR, O.; LORENTZEN, S., Development of Group Climate in Short- and Long- Term Psychodynamic Group Psychotherapy. *Int J Group Psychother*, n.63, vol.3, p. 366-93. 2013. Doi: 10.1521/ijgp.2013.63.3.366. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23734920/>

BROS, I.; NOTÓ P.; BULBENA, A. Effectiveness of Short-Term Dynamic Group Psychotherapy in Primary Care for Patients with Depressive Symptoms Clin. Psychol. Psychother. *Clin Psychol Psychother*, n.24, vol. 4, p. 826-834. 2016. Doi: 10.1002/cpp.2029. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27456221/>

BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE - BVS/DeCS. Portal da Biblioteca Nacional de Saúde, 2020. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 21 de dezembro de 2020.

BULL WORLD HEALTH ORGAN. The happiness effect. *Bulletin of the World Health Organization*, n.89, vol.4, p. 246–247. 2011. Doi: 10.2471/blt.11.020411. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3066527/>

CORDIOLLI, A. V. Psicoterapias: abordagens atuais. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CARVALHO, C. V.; SILVA, L. C. Atuação de psicólogos na saúde pública: possibilidades de trabalhos com grupos. *Revista Psicologia ciência e profissão*. n..10, p. 2-4. 2012. Doi: 10.1590/S1414-98931990000200004

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* n.57, vol.1, p.12-24. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672005000100003

JOYCE, A. S.; OGRODNICZUK, J. S.; PIPER, W. E.; SHEPTYCKI, A. R. Interpersonal Predictors of Outcome Following Short-Term Group Therapy For Complicated

Grief: A Replication. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, n.17, p.122–135. 2010. Doi: 10.1002 / cpp.686. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20205150/>

KEALY, D.; SIERRA-HERNANDEZ, C. A.; PIPER, W. E. , JOYCE, A. S.; WEIDEMAN, R.; OGRODNICZUK, J. S. Terapia de grupo de curto prazo para luto complicado: a relação entre a reflexão e o resultado da sessão dos pacientes. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, n. 80, vol.2, p. 125-138. 2017. Doi: 10.1080/00332747.2016.1220231. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2017-33699-004>

LAMPE A.; BARBIST, M.; GAST, U.; REDDEMANN, L.; SCHÜßLER, G. Long-Term Course in Female Survivors of Childhood Abuse after Psychodynamically Oriented, Trauma-Specific Inpatient Treatment: A Naturalistic Two-Year Follow-Up. *Z Psychosom Med Psychother*. n. 60, vol.3, p. 267-82. 2014. Doi: 10.13109 / zptm.2014.60.3.267. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25331923/>

LIPP, M. E. N.; YOSHIDA, E. M. P. *Psicoterapias Breves nos diferentes estágios evolutivos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.

LUDWIG, G.; KRENZ, S.; ZDROJEWSKI, C.; BOT, M.; ROUSSELLE, I.; STAGNO, D.; LUETHI, F.; LEYVRAZ S.; STIEFE, F. Psychodynamic interventions in cancer care I: psychometric results of a randomized controlled trial *Psycho-Oncology Psicooncologia*. n. 23, p. 65–74. 2014. Doi: 10.1002/pon.3374 Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23983096/>

MUCIDA, A. *O sujeito não envelhece*. Belo Horizonte: Autênciã, 2006.

MULLIGAN, E. A.; KAREL, M. J. Development of a Bereavement Group in a Geriatric Mental Health Clinic for Veterans, *Clinical Gerontologist*, n.48, p. 445-457. 2017. Doi:10.1080/07317115.2017.1409303. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29279038/>

YALOM, I. D. *Psicoterapia de Grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

YOSHIDA, E. M. P., SANTEIRO, T. V., MORAES, F. R. S., ROCHA, G. M. A. Psicoterapias breves psicodinâmicas: características da produção científica nacional e estrangeira (1980/2003) *Psico-USF*, n.10, vol.1, p. 51-59. 2004. Doi: 10.1590/S1413-82712005000100007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-82712005000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

SOLBAKKEN, O. A.; ABBASS, A. Intensive short term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Afeta a*

Desorde., n.181. p. 67-77. 2015. Doi: 10.1016 / j.jad.2015.04.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25917295/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

A EXPERIÊNCIA DA PSICOTERAPIA NA TERCEIRA IDADE: UMA ANÁLISE A PARTIR DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO¹

ANTÔNIO GABRIEL ARAÚJO PIMENTEL DE MEDEIROS

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP; antonio.medeiros@unicap.br

JOSÉ ANTÔNIO SPENCER HARTMANN JÚNIOR

Professor adjunto da Universidade de Pernambuco - UPE, jose_spencer@yahoo.com.br

¹ Este trabalho é proveniente da pesquisa de mestrado do primeiro autor;

RESUMO

Estima-se que sintomas depressivos em idosos, no Brasil, acometem mais de 30% dessa população. Com o fenômeno demográfico do envelhecimento e o potencial incapacitante do transtorno, é importante atentar às práticas no campo da saúde para esta população. Na psicologia, as Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCC) vêm ganhando espaço no campo da pesquisa com idosos, mas ainda é um movimento em processo de amadurecimento. O presente trabalho é um esforço nesta direção, com o objetivo de apresentar um recorte qualitativo de uma pesquisa piloto em que fora experimentado um protocolo de psicoterapia cognitivo-comportamental baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso de 12 sessões, batizado de Kairós. Buscou-se compreender a experiência da psicoterapia das participantes. Ao todo, nove idosas, com média de 69 anos, participaram da pesquisa. Ao fim do protocolo, de uma entrevista semiestruturada acerca de suas experiências em psicoterapia. Após a transcrição, os escritos foram submetidos a uma análise de conteúdo. Ao fim da análise, cinco categorias foram suscitadas e discutidas: sintomatologia, relações maritais, relações intergeracionais, autonomia e protocolo Kairós. Pode-se concluir que a experiência fora positiva, qualificando as relações, abrindo novas perspectivas, devolvendo autoestima, trabalhando na remissão dos sintomas com viés preventivo e promotor de saúde mental.

Palavras-chave: Idosas, Depressão, Terapia de Aceitação e Compromisso.

INTRODUÇÃO

Com uma nova realidade demográfica a caminho, é preciso pensar em novas configurações familiares, reconfigurações em planos de carreira e aposentadoria, e no papel social da experiência e da sabedoria da pessoa idosa em meio a uma sociedade que envelhece. Esperar-se-á um maior tempo de capacidade funcional e com isso a necessidade de construir novas formas de cuidado, considerando as especificidades dessa população. Indo aos dados, em 2030 teremos mais idosos no Brasil que crianças com idade até 14 anos e em 2055 que crianças e jovens com até 29 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2018).

Com uma expectativa de vida de 76 anos, 79,6 para mulheres e 72,5 para homens, a população idosa no Brasil é de pouco mais de 30 milhões, cerca de 17% do total de brasileiros (10,5% de população residente), de acordo com o IBGE (2018; 2019). Desses idosos, 55,7% são mulheres e 44,3% são homens. Com o aumento anunciado dessa população, espera-se uma maior participação econômica. Estima-se que 7,2% dos idosos brasileiros são ativos no mercado de trabalho, a grande maioria em atividades agrícolas e comerciais, sendo esperado um aumento considerável nos próximos anos.

O quantitativo de pessoas acima dos 60 anos incapacitadas é de 6,8%. Quando o cálculo é realizado com pessoas a partir dos 75 anos, o número sobe para 15,6%. Entre as principais causas de óbito ou incapacitação estão: coronariopatias, insuficiência cardíaca, Acidente Vascular Cerebral (AVC), e demência. Todas têm correlação com a depressão (NASSER et al., 2016; WANNMACHER, 2016).

Unindo demandas clínicas e sociais, novas práticas visando qualidade de vida nessa população necessitam ser desenvolvidas e as atuais aprimoradas. A prevalência de depressão em idosos, diagnosticados ou subsindrômicos, pode atingir mais de 30% (RAMOS et al., 2015; SILVA et al., 2019). A dificuldade no diagnóstico diferencial da depressão pode estar relacionada ao fato desta não figurar nesta relação. Mesmo considerando o seu crescente potencial incapacitante, transtornos mentais costumam ser preteridos por quadros clínicos.

Pesquisas como as de Nóbrega e colaboradores (2015) apontam para alterações fisiológicas, questões nutricionais e lesões cerebrais

como fatores associados à depressão. Já Cukrowicz et al. (2013) identificaram relação entre ideação suicida com desesperança, sintoma importante na depressão geriátrica, além da percepção de sentir-se um peso aos demais. Para o cuidado à saúde mental da pessoa idosa, intervenções medicamentosas e comportamentais são recomendadas. Para as segundas, as Terapias Cognitivo- Comportamentais (TCC) em seus diversos modelos vêm apresentando boas evidências de validade. Dentre elas, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), que será apresentada em seguida.

TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

A ACT é um dos principais modelos da terceira onda em TCC, também chamadas de comportamentais contextuais. Tem seu início ainda na década de 1980, com pesquisas e desenvolvimento de suas básicas epistemológicas, Teoria das Molduras Relacionais e Contextualismo Funcional. O ano de 1999 fica marcado pela publicação da obra inaugural da ACT enquanto uma abordagem clínica em psicologia (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021).

A nível teórico e interventivo, a ACT compreende os comportamentos, ou eventos, em duas categorias: públicos e encobertos (pensamentos, memórias, emoções e reações fisiológicas). Em concordância com o Behaviorismo Radical de Skinner, os eventos que ocorrem sob a pele precisam ser interpretados quando tornados públicos, através da fala, ou comportamento verbal. Aqui linguagem tem um papel central, pois ela é responsável pela expressão de pensamentos e sentimentos. Para a ACT, a cognição é encarada enquanto a consciência, interpretação e expressão dos eventos encobertos (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021).

Durante todo o nosso desenvolvimento, somos rodeados por uma comunidade que nos estrutura regras. Toda a organização humana é composta por regras, estruturadas e manifestas pela linguagem. A relação do ser humano com a linguagem define, em parte, o modo como lida com pensamentos e emoções e constrói crenças e padrões de ação. Muitas vezes, somos ensinados a não chorar ou demonstrar "fraquezas", a tentar sermos melhores que os outros ou a sentir culpa por pensamentos e sentimentos que envolvam algo moralmente

desaprovado (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021). A ACT compreende, em sua visão pragmática, que a cada contexto (relação do sujeito consigo mesmo ou com outros, mediados pela linguagem) as contingências mudam e, com isso, as respostas necessárias. Diferentes contextos necessitam de diferentes ações e formas de pensar e sentir.

Quando apresentamos uma ligação forte ao conteúdo dos nossos pensamentos, tentamos controlar ou evitar nossas emoções a partir da generalização dos contextos, criamos crenças e padrões rígidos de resposta. Aprendemos que devemos sempre rejeitar raiva e tristeza e demonstrar alegria e positividade, a pensar que devemos mostrar que somos fortes, invulneráveis e melhores que os outros. O resultado é o desenvolvimento de psicopatologias. Um exemplo é a pessoa que, para não ter tempo de estar triste, superlota sua agenda de trabalho ou compensa sua tristeza bebendo, comprando ou utilizando as redes sociais.

Não seria a proposição da mudança de pensamento que traria, por sua vez, a mudança do comportamento, mas a mudança dos padrões de comportamento, a partir desistência das tentativas de controlar ou se esquivar de emoções e pensamentos, compreendendo o sofrimento enquanto parte do processo e, com isso, parar de potencializar o sofrimento do qual quer se livrar. Tentar se fechar a experiência de sofrer, ou seja, de aceitar sua humanidade leva a uma postura de ainda mais sofrimento, revertido em trauma, avaliação, vitimização ou racionalização. O caminho contrário, de aceitação, escolha e ação é, de forma resumida, o caminho interventivo da ACT (SABAN, 2015).

A partir de seis processos, a ACT busca alcançar um processo maior chamado flexibilidade psicológica, que pode ser entendido enquanto a capacidade de abertura à experiência, com foco no momento presente, agindo em direções significativas. Não pretende excluir o sofrimento, mas evitar o sofrimento desnecessário pela tentativa de não sofrer. Também não é um lugar a se chegar, mas uma postura a se assumir. Os processos são, a saber: aceitação, desfusão cognitiva, contato com o momento presente, eu contextual, valores e ações de compromisso. Eles constituem etapas dinâmicas que revelam e aproximam dos principais anseios humanos, como coerência, competência e significado (HAYES, 2019).

Mesmo se propondo menos diretiva, a ACT dispõe de um amplo arcabouço de técnicas e procedimentos. É comum, por exemplo, o uso de registros, exercícios de atenção plena, análise das contingências, ensaios comportamentais, ativação comportamental, técnicas de exposição e uso de metáforas e paradoxos. Tem demonstrado eficácia em diversos tratamentos, dentre eles depressão e dor crônica. Falando especificamente em idosos, a revisão sistemática de Medeiros e Hartmann Júnior (2019) apontam apenas três estudos entre 2010 e 2019 que trabalharam exclusivamente com idosos, ou que os tenha separado em grupo específico. Dos achados, um tratou depressão, e os outros dois de dor crônica. Um grande quantitativo de pesquisa não distingue adultos mais jovens dos idosos, dificultando compreender a nuance desejada pelo leitor interessado no tema.

TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO E IDOSOS: POR QUÊ?

Petkus e Wheterrel (2013) trazem à luz a reflexão de que com uma população mundial cada vez mais velha, profissionais e serviços de saúde mental atenderão cada vez mais idosos. Faz-se necessário o reforço empírico de tratamentos baseados em evidências para pessoas mais velhas. Para eles, a natureza transdiagnóstica da ACT poderia levar vantagem sobre tratamentos mais específicos no atendimento a idosos, onde há a necessidade de diferenciação entre diagnóstico primário e secundário. A avaliação se dá em cima dos processos descritos nos modelos de psicopatologia e de enfrentamento com base nos processos terapêuticos acima descritos. A dificuldade de diagnóstico e a alta taxa de comorbidades dificultariam uma avaliação focada necessariamente na categoria nosológica, o que retoma a crítica de um trabalho interventivo focado excessivamente nos sintomas.

Um modelo transdiagnóstico de psicopatologia não desconsidera as categorias nosológicas, mas pretende lançar um olhar que vá além da topografia (aspectos formais do comportamento, sinais e sintomas) dos transtornos mentais e alcance também para a funcionalidade (função efetiva do comportamento patológico). A proposta é observar ambas as dimensões, tratando principalmente a segunda. Uma gama de sintomas é comum a diversos transtornos, o que pode

recair em excessos de diagnósticos, bem como a imprecisão destes, em ambos os casos muitas vezes sem valor interventivo. Um olhar dimensional, unindo topografia e funcionalidade, pode acelerar o início do tratamento, atingir um número maior de problemas e alcançar de modo interventivo e preventivo sintomatologias diversas. Para a pessoa idosa, em sua dinâmica de excesso de diagnósticos e comorbidades, seria um ganho ainda mais significativo.

Além disso, a ACT, como outros modelos cognitivo-comportamentais, apresenta aproximação com outras áreas do conhecimento como, por exemplo, a psiquiatria, neurociências, geriatria e fisioterapia. Com isso, o tratamento interdisciplinar se faz possível. Com exceção dos quadros orgânicos, toda patologia é do comportamento. Sabendo do atravessamento de fatores biopsicossociais, há abertura para o complemento do tratamento por outras especialidades.

Gillanders e Laidlaw (2014) discutem que, apesar de ainda cedo, as evidências preliminares para ACT em idosos, além de promissoras, apontam a necessidade de abordar uma perspectiva ampla de pesquisa, com base em trabalhos qualitativos, experimentais e transversais. O único achado desse trabalho direcionado especificamente a idosos apresenta resultados promissores no tratamento de idosos com transtornos de ansiedade. As pesquisas necessitam de um desenvolvimento progressivo, iniciando com ensaios com menor grau de controle, passando para os randomizados controlados.

Em conclusão, os protocolos para depressão geriátrica tendem a ter um foco maior nos sintomas, e não nos processos clínicos. Além disso, uma abordagem que não propusesse o questionamento e a mudança de crenças, mas o uso da pragmática e da experiência, poderia trazer um diferencial para o idoso, com declínio na inteligência mecânica e ascensão da pragmática (PETKUS; WHETERREL, 2013). Por último, com o processo de seletividade emocional em curso, uma intervenção baseada em aceitação enquanto disposição para a mudança de direção a um caminho alinhado aos valores pessoais poderá influenciar positivamente tal processo.

Diante do discutido até aqui, o presente capítulo objetiva apresentar um recorte qualitativo de uma pesquisa mista envolvendo o ensaio clínico de um protocolo baseado na ACT de 12 sessões para depressão geriátrica, a fim de fomentar o debate e acrescer o corpo de publicações na área.

METODOLOGIA

Como mencionado, o recorte aqui apresentado possui caráter qualitativo, e também descritivo. Buscamos iniciar uma discussão compreensiva da experiência da psicoterapia para idosas com queixas de depressão participantes da pesquisa. A análise dos dados coletados ficou a cargo da análise de conteúdo, em sua forma temática. Não houve quantificação das palavras e sua categorização não fora realizada por *software*.

A pesquisa intitulada “Protocolo Kairós para depressão geriátrica: estudo piloto” teve método misto, com a execução de um ensaio clínico de delineamento quase-experimental. O braço qualitativo da pesquisa teve seu início logo após o fim das sessões e objetivou atribuir caráter compreensivo à pesquisa, em um esquema de complementaridade. As entrevistas realizadas objetivaram compreender a experiência da psicoterapia a partir do protocolo.

Participantes

Ao todo, nove idosas foram submetidas ao protocolo Kairós. As participantes residiam em Garanhuns, Pernambuco, cidade onde a pesquisa foi realizada. O recrutamento se deu através de divulgação nos dispositivos do SUS e SUAS. Inscreveram-se 23 idosas. Esperava-se investigar cinco, mas devido à procura selecionamos as nove que cumpriram os critérios estabelecidos.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se: idade mínima de 60 anos, residir no município da pesquisa, não estar realizando psicoterapia e atingir pontuação esperado nos instrumentos selecionados para esse fim. Os instrumentos foram a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15)¹ e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)², respectivamente. As que estavam em acompanhamento neurológico ou psiquiátrico foram aceitas.

1 Escala dicotômica composta por 15 itens. Para fazer parte da pesquisa, a pontuação final teve que ser igual ou maior que

2 Instrumento de rastreio para déficits cognitivos, com pontuação máxima de 30 pontos. O ponto de corte único utilizado foi 21.

Os dados sociodemográficos das idosas apontam para o seguinte perfil: média de 69 anos de idade, maioria negra, alfabetizada, aposentada, casada, católica, praticante de atividade física, sem doenças crônicas e em uso de antidepressivo e/ou ansiolítico. Todas eram heterossexuais.

Instrumentos e Procedimentos

Em adição aos dois instrumentos acima, foram utilizados para avaliação do protocolo a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS-BP), a Escala de Positividade (EP) e o Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). A EDG-15 também fora utilizada para avaliação. Unindo a possibilidade da cuidadosa integração com outros modelos teóricos e práticos, fora construído o modelo piloto do protocolo Kairós.

Trata-se de um protocolo de psicoterapia composto por 12 sessões, divididas em três blocos. Cada bloco foca em dois pontos do hexagrama de flexibilidade psicológica, a saber: bloco 1 (aceitação e desfusão cognitiva); bloco 2 (contato com o momento presente e eu contextual); bloco 3 (valores e ações de compromisso). Os acoplamentos não se deram ao acaso, com cada dupla de processos contemplando contemplam um pilar de intervenção que representa um estilo de resposta: aberto, centrado e comprometido, respectivamente. Os três pilares compõem a flexibilidade psicológica.

As duas primeiras sessões foram destinadas a conceituação de caso, tendo o bloco 1 e 3 três sessões e o bloco 2, duas. As intervenções envolveram análise de contingências, uso de diários, metáforas, exercícios de atenção plena, estimulação de memórias afetivas e planejamento para seleção, otimização e compensação de ganhos e perdas. Todas as participantes tiveram um familiar escolhido para acompanhar o processo, tendo contato por telefone ou pessoalmente após cada sessão.

Além da ACT, o protocolo Kairós contou com aportes da Psicologia Positiva, Terapia de Reminiscência, do metamodelo Selecionar, Otimizar e Compensar (SOC) e da Teoria Social Cognitiva. A primeira fora utilizada a partir da teoria Ampliar e Construir. Nesta, estuda-se a positividade, sentimento de bem-estar a partir da ampliação das potencialidades e gerenciamento da vida (FREDRICKSON, 2019). A

Terapia de Reminiscência trabalha o resgate afetivo a partir das memórias, a fim de trabalhar ressignificação de momentos marcantes para compreender e ressignificar traumas, motivar e colher frutos tardios (BOHLMMEIJER et al., 2005).

O metamodelo SOC e o conceito de autoeficácia, da Teoria Social Cognitiva, foram utilizados de forma complementar às intervenções. SOC é um processo para selecionar, otimizar e compensar comportamentos possíveis dentro das possibilidades funcionais do idoso. Isso só foi possível após a descoberta da plasticidade neuronal (ALONSO-FERNÁNDEZ et al., 2016). Apesar disso, é necessário ter motivação e crer na capacidade de empreender novos comportamentos e adaptar os atuais, equilibrando autonomia (tomada de decisão) e independência (execução). A solução foi encontrada em Bandura e sua conceituação da autoeficácia, que é a crença sobre a capacidade de fazer algo. Acreditar que algo é possível é o primeiro passo para o processo de autorregulação (BANDURA, 1997).

As participantes foram submetidas a uma avaliação através dos instrumentos de mensuração na primeira, sexta, e última sessões, além de um *follow-up* de três meses. Os resultados apontaram redução dos sintomas de depressão e ansiedade e aumento nos níveis de satisfação com a vida e positividade, resultado mantido no *follow-up*.³

Após o encerramento da última sessão do protocolo Kairós, as participantes foram submetidas à entrevista semiestruturada. As perguntas foram, a saber: 1. "Como foi, para você, a experiência de participar da terapia proposta?"; 2. "Quais foram os seus ganhos?"; 3. "No que você conhece por depressão, o que acredita que tenha trabalhado a partir da terapia?"; 4. "Teria alguma crítica ou sugestão para aprimorarmos nosso protocolo?"

As entrevistas foram gravadas por dispositivo de captação de áudio na íntegra. Ao fim das gravações, teve início o processo de transcrição. Todos os arquivos de áudio foram transcritos de forma literal, sem modificações de qualquer natureza. Com os textos em mãos, deu-se início a análise de conteúdo.

3 Para mais informações, consultar Medeiros (2019) e Medeiros e Hartmann Júnior (no prelo).

A análise de conteúdo se ocupa do tratamento da informação contida nas mensagens. Através da inferência, as palavras ou expressões indutoras utilizadas pelo pesquisador ou pelo próprio grupo suscitam relações em que é possível compreender as diferentes representações de um fenômeno. A formação de categorias temáticas ajuda na compreensão de aproximações e distanciamentos no conteúdo do discurso dos falantes. Possui três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2014).

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa obteve aprovação no comitê de ética em pesquisa da Universidade de Pernambuco, protocolo 02697518.1.0000.5207, e no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), com o código de acesso **RBR-4vsv5c**.

A pesquisa ocorreu em consultório alugado para esta finalidade. Todas as participações foram voluntárias e homologadas após preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a transcrição das entrevistas, os arquivos de áudio foram deletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização das duas primeiras etapas, pré-análise e a exploração do material e o tratamento dos resultados, cinco categorias puderam ser detectadas: sintomatologia, relações maritais, relações intergeracionais, autonomia e protocolo kairós. É importante ponderar que, apesar da categorização, os conteúdos dos temas estão interligados e sua relação deve ser encarada como de complementaridade.

Sintomatologia

Um dos temas mais suscitados a partir das respostas às perguntas da entrevista semiestruturada foram os sintomas. Uma das participantes refere melhora na agitação e, conseqüentemente, no sono e na disposição: *“É porque eu falava mais depressa, entendeu? E também no sono, estou dormindo mais. Eu tô mais ativa em casa no que tenho pra fazer. E tô mais com calma. Eu tô sentindo que estou*

muito mais calma. Que eu era muito mais agitada" (Participante 3, 73 anos).

Ainda na fala da participante, assim como na de outra, as queixas iniciais tinham relação direta com tristeza e tendência ao isolamento: "Falta de vontade de sair de casa. Vontade de chorar. Não botar nem a cara na rua. Fingir que não estava em casa" (Participante 3, 73 anos); "Antes de começar, eu não queria sair de casa. Todos os dias se eu botasse uma música eu chorava" (Participante 2, 60 anos).

A seguinte fala serve de exemplo de um uso de uma visão contextualizada: "E **acredita, doutor, que até as pessoas que eu taxava de antipáticas hoje eu consigo achar simpáticas?** Porque eu acho que o defeito estava como eu as via, e não nas pessoas" (Participante 9, 68 anos). Aqui, vemos que a mesma partia dos atos de avaliação e racionalização, taxando as pessoas como antipáticas a partir de uma visão de mundo conceitual. Ao substituir pela visão contextual, e se vendo como o próprio contexto, passa a compreender as pessoas de modo menos taxativo.

Apesar de passarem por processos de desfusão cognitiva (Se ver a partir da depressão e não como depressiva) e contextualização dos eventos, ainda há, em algum nível, o uso de conceitos e regras verbais. Como pressuposto pela ACT, não há possibilidade de um desprendimento total da linguagem literal e de conteúdo, visto que necessitamos desta para organização e acomodação do nosso sistema simbólico (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021).

Sintomas ansiosos também foram relatados: "[...] melhorei daquela batida no **coração, da ansiedade que eu tinha. Do nervosismo de que eu não queria** fazer mais nada" (Participante 3, 73 anos); "Eu ficava me assustando, gritando do nada e meu esposo já estava **preocupado comigo. Porque eu tomava um tanto de remédio e não parava de me assustar e** gritar" (Participante 8, 67 anos). Nesta última fala, a idosa relata o uso de medicações. Essa próxima fala também menciona o uso de medicação:

"Até a minha memória está despertando. Eu sei que estou tomando aquela **medicação que eu lhe falei, mas com a terapia eu acho que estou despertando mais. Estou me sentindo mais leve. Menos preocupada com as coisas. Sentindo-me ótima**" (Participante 9, 68 anos).

Hayes et al. (2008) afirmam que, na efetivação da ACT, o uso de medicamentos geralmente é diminuído. Apesar disso, a única recomendação às idosas foi o agendamento de uma reavaliação psiquiátrica. Outro ponto interessante é que, apesar de não ter havido estimulação cognitiva, uma participante relatou melhora na memória. É importante ressaltar que a perda de memória é comum tanto à depressão geriátrica quanto aos déficits cognitivos. Além disso, tratamento medicamentoso mais terapia constitui padrão ouro (WANNMACHER, 2016).

Relações Maritais

A relação das participantes casadas com seus maridos surgiu como um tema rico em conteúdo. Das cinco idosas casadas, quatro trouxeram queixas relativas aos seus casamentos. Destas, duas queixavam-se do fato de seus maridos terem relações extraconjugais:

"Eu pensei em fazer muita besteira. Voar no pescoço dela. Expulsar ele de casa. Mas hoje eu vi que precisava me cuidar para poder tomar uma decisão. Seja me separar e vender minha casa ou ficar com ele, se ele voltar a ser como era antes" (Participante 3, 73 anos).

Outra idosa, além de pensar em entrar em conflito com a amante do companheiro, cogitou suicídio:

"Eu até pensei em tirar a própria vida, depois que meu marido apareceu de novo com uma dona. Pensei em sair de casa, pensei em fazer uma besteira com ela. Eu percebi que eu precisava cuidar de mim. Eu cuidei da minha família e não tive força pra cuidar de mim. Hoje, eu sei que sair de casa e dar a casa de bandeja pra ele não é a solução [...] Mesmo se eu decidir continuar com ele, se ele deixar a dona, vai ser porque eu quis" (Participante 5, 75 anos).

O estudo de Fernandes (2009) fomenta a visão pré-estabelecida culturalmente a ser assumida por gênero na velhice. Na fala dos próprios homens idosos, uma mulher idosa tem como papel: ajudar e ser compreensiva com o marido, e não brigar com ele; não esquecer da família; arrumar trabalhos próprios para a idade, como crochê e pintura; não andar com companhias "duvidosas" ou viajar sem o

acompanhante; e fazer um curso de culinária para idosos para aprender a fazer comidas que “não façam mal”. Quando as mulheres idosas falaram, a maioria dos relatos afirmaram que o homem idoso deveria: não trair a esposa ; não gastar dinheiro com “farras”; não fazer velho o que gostaria de fazer mais novo; não abandonar a família e trocar a mulher; ser mais carinhoso e namorar mais; e não maltratar a mulher”.

A mulher idosa assume tal papel, ocorrendo uma fusão cognitiva com este. Na fusão ocorre a tentativa de controle sobre a situação, desde a evitação até a avaliação, trazendo desconforto. Isto pode levar a comportamentos autodestrutivos. A desesperança é um fator agravante no risco de suicídio em idosos. Tanto esse quanto o comportamento heteroagressivo com a amante dizem de uma tentativa de controle emocional, que gera ainda mais desconforto. As noções de “desesperança criativa” (desistir de estratégias que não dão certo) e de “controle enquanto um problema” foram apresentadas e discutidas em contraponto às posturas adotadas pelas participantes. É possível detectar o quando o modelo patriarcal influencia na atual geração idosa.

O processo de flexibilidade psicológica, que passa pela aceitação, escolha e ação compromissada parte de uma dessensibilização da linguagem que nos faz assumir papéis carregados de regras sociais pré-estabelecidas. A avaliação rígida passa a dar lugar à descrição e a desfusão cognitiva ocorre quando a experiência passa a ter um papel mais importante que o peso das palavras. Isso reflete diretamente no modo como direcionamos os eventos encobertos, interpretando tais processos à luz da experiência, proporcionando uma modelação situacional, abandonando o engessamento dos comportamentos regidos (HAYES; STROSAHL; WILSON, 2021; SABAN, 2015).

Sentimentos como o de culpa ocupam o lugar que deve ser preenchido pelos valores. Por vezes, tendemos a focar em objetivos situacionais que se resumem a não sofrer. Os valores, enquanto construções verbais que qualificam os objetivos, são maiores que qualquer objetivo pois são direções significativas, e as emoções precisam fazer parte disso. A fala da participante exemplifica:

*“Eu achava que minha vida tinha acabado porque eu tinha perdido meu **companheiro, porque ele me trocou por outra. [...] Eu me sentia culpada até hoje por escolher cuidar das meninas (filhas e netas) e nem sempre estar***

com ele. E eu aprendi que a culpa não foi minha [...]. Esse tipo de pensamento não passa mais pela minha cabeça. Sentimento de culpa nenhum" (Participante 2, 60 anos).

Quando direcionamos nossas ações com base nos valores, tendemos a concluir que os objetivos devem ser traçados a partir destes (Saban, 2015). A participante substitui a culpa pelos valores como direcionadores centrais em sua vida como, por exemplo, viver bem, e ser uma boa mãe e avó.

A fala da participante 2 revela um importante movimento de emancipação feminina. Não só financeira, mas também no âmbito das relações interpessoais. Enxergar-se como parte do contexto, e não como alguém que está fora deste, auxiliou uma das participantes a melhorar sua relação marital. A mesma destaca a diminuição do uso de álcool do marido e o fato de estarem planejando juntos:

"A minha mudança ajudou também em casa, meu marido está mais calmo também. Está bebendo menos. Me ajuda em casa e está planejando uma reforma comigo. Acho que a minha calma fez ele me ouvir mais e ficar mais calmo também. Antes era só discussão ou cada um mais pro seu canto, né?" (Participante 6, 65 anos).

O processo de flexibilidade psicológica referente ao eu contextual proporcionou a participante a mudança de perspectiva de como ocorrem as mudanças significativas. Estas devem vir de dentro para fora, e não o contrário.

Relações Intergeracionais

Além dos maridos, filhos outros parentes também foram mencionados na entrevista. *"Eu percebi que em muitas coisas eu estava também errando, e não só minhas filhas. Eu estava levando tudo só para o lado errado. E hoje eu consigo ver o que está certo e também o que não está"* (Participante 2, 60 anos). A fala é de uma idosa que se queixava de que suas filhas não aceitavam seu desejo de encontrar um novo parceiro. *"Elas me ajudam a me **policar e já veem com bons olhos eu sair com amigos e talvez arrumar um parceiro**"* (Participante 2, 60 anos). A participante interpretava o cuidado de suas filhas como uma tentativa de controle.

O apego ao conteúdo das palavras, carregados de uma simbologia arbitrária e prejudica a experiência, estava somando a um processo de vitimização, que é considerada uma das barreiras no processo de aceitação juntamente ao trauma (SABAN, 2015). O Protocolo também a ajudou no compromisso com a responsabilidade nos eventos externos, ou seja, nas relações interpessoais. Outra fala reforça o acima discutido, estendendo-se para as noras:

"A relação com a minha filha estava péssima, como eu havia dito. E até mesmo com meus filhos e minha nora. Outra nora não falava comigo. Mas, pra mim, é como se ela nunca tivesse feito nada de errado comigo. Não sinto mais raiva. Nem das outras pessoas" (Participante 9, 68 anos).

No último processo, ação comprometida, o perdão é um comportamento possível. Não é visto como um ganho ou mudança de perspectiva, pois pode ser apenas a mudança de um comportamento psicopatológico para outro, como ir da evitação a avaliação, por exemplo.

As relações entre idosos e seus filhos se configuram como de cuidado mútuo. O excesso deste pode contrariá-los e apresentá-los a crenças de dependência, pondo a prova sua funcionalidade global, incluindo sua capacidade para tomada de decisão que podem, por vezes, ser aprendidas. A inserção do metamodelo SOC auxilia num maior equilíbrio entre os cuidados necessários e a possibilidade de dar liberdade às idosas, utilizando de suas experiências afetivas e habilidades aprendidas ao longo da vida.

Autonomia

A presente categoria representa uma série de falas em que o conteúdo engloba aquisição de novas responsabilidades, aumento na rede social, e atividades de lazer. O termo designado como título refere à capacidade de tomada de decisão, possibilitando o que está nas falas a seguir. É possível perceber uma mudança na autoimagem das participantes a partir de seus relatos: "[...] e, assim, muitas coisas que eu já estava me vendo depressiva. Hoje, **quando eu quero**, eu saio e me sinto bem" (Participante 2, 60 anos); "A tristeza saiu. Aquela **angústia**,

aquela vontade de só não fazer nada. De pintar o cabelo, de pintar as unhas. De trocar uma roupa. Me sinto satisfeita" (Participante 5, 75 anos).

O estudo de Merighi et al. (2013) apontou uma relação entre a autonomia nas atividades diárias e o autocuidado em idosas. O suporte familiar mostrou-se como fundamental nesse processo. Na pesquisa, todas as idosas tiveram um ou mais familiares incluídos no protocolo e com isso melhoraram suas relações familiares, como exposto em trechos já citados acima. A procura por serviços de saúde, atividades sociais e físicas também se mostram como fatores a serem levados em consideração na autonomia de idosas (MERIGHI et al., 2013). Sete das nove participantes praticam atividade física regularmente e todas frequentam os serviços do SUS e/ou SUAS.

O protocolo Kairós auxiliou as idosas tanto na manutenção de projetos atuais: "Existem pastorais e outros projetos que dependem de mim e me sinto bem e forte para continuar minha missão" (Participante 1, 67 anos), quanto na iniciativa para novas empreitadas: "Minhas meninas ficavam "mamãe, venha pra cá conversar, vamos ensinar a senhora" e eu botava pra chorar e não ia. Agora até estudar, eu estudo" (Participante 6, 65 anos); "Agora eu assumi o cargo de tesoureira chefe da legião de Maria. Estou mais **animada**" (Participante 8, 67 anos).

O modelo de enfrentamento de psicopatologias passa pelas escolhas. Uma análise aprofundada das possibilidades e a decisão por aquela que mais se aproxima dos valores pessoais de cada um. É justamente o ato de alinhar decisões com valores que promove a atitude autônoma de buscar novos desafios ou ressignificar os antigos. A ACT trabalha com uma perspectiva diretiva, em uma colaboração direção entre paciente e terapeuta em um esquema de reforço. A experiência em si passa a ser mais importante que uma avaliação com base no desconforto ocasionado por algum evento encoberto (pensamentos, emoções, memórias e reações fisiológicas).

É interessante notar que as perspectivas apresentadas a partir das entrevistas são todas para atividades fora do ambiente doméstico. Se tratando do corte geracional, pode-se mostrar como um ganho importante na autonomia e na procura por desafios que as atividades de casa não oferecem. O único relato que menciona uma atividade a ser realizada em casa é rel ativa à criação de uma horta: "Ter minha

hortinha e cuidar dela me lembra dos meus tempos de roça. É muita alegria que não cabe em mim" (Participante 4, 87 anos).

Com a instrumentalização da Terapia de Reminiscência colocou a prova o trabalho de contextualização dos eventos mais significativos da vida e como esses influenciaram no aqui e no agora. Revisitar o passado para compreender a velhice suscitou antigos hábitos prazerosos, ou transformou-os nisso, servindo de base para a seleção de novas atividades.

Protocolo Kairós

Por último, apresentamos os trechos relativos às falas referentes ao protocolo Kairós. O primeiro ponto a ser levantado foi a participação da família. O canal de comunicação disponível com os familiares teve uma repercussão positiva nas participantes, melhorando a qualidade nas relações comentadas na categoria Relações Intergeracionais:

"O fato de você ter procurado as minhas meninas para conversar sobre a *minha terapia foi muito bom. Elas precisavam entender meu lado e eu o delas. Um profissional traduzir para elas o que eu sentia e pensava era* importante. A opinião delas também conta" (Participante 2, 60 anos).

A psicoeducação teve um papel fundamental nesses momentos, auxiliando as famílias a compreender como se configura a depressão geriátrica, a atuação do psicólogo e a dinâmica do protocolo. O material trazido nas falas fomentou discussões e intervenções durante as sessões. Lemes e Neto (2017) alertam para a importância da psicoeducação nos tratamentos no campo da saúde para um melhor prognóstico e cuidado dos familiares, além do autocuidado. Os autores realizaram revisão de literatura sobre psicoeducação com família.

Entre os 20 achados, 40% trabalharam a psicoeducação diretamente com o paciente, 45% com o cuidador/familiar e apenas 15% atuam nas duas frentes.

A fala seguinte exemplifica que alguns conceitos da ACT foram aprendidos pelas idosas: "Eu aprendi com o desconforto limpo que as vezes precisamos aceitar as coisas para *depois agir. Amanhã é sempre outro dia. Minha vida mudou. Estou aprendendo a ser mais eu*"

(Participante 2, 60 anos). Dentre os comentários relacionados às intervenções, os diários foram os que mais receberam **feedbacks** positivos: “[...] o caderno foi importante pra **aprender que as coisas boas e ruins acontecem o tempo todo e a gente aprende com as duas**. Eu dou mais ouvidos as boas, mas as ruins deixam a gente forte” (Participante 5, 75 anos). Outra idosa comenta o uso do diário como uma ferramenta para a desfusão cognitiva: “Estive **aqui com você, conversando, escrevendo no caderninho. Foram pensamentos importantes, né não?**” (Participante 8, 67 anos).

Uma paciente refere às meditações baseadas em **mindfulness** como uma ferramenta eficaz para os sintomas ansiosos: “[...] exercícios de relaxamento pra acalmar, como o **senhor** precisou fazer comigo. Isso pode ajudar” (Participante 6, 65 anos). A Atenção Plena foi trabalhada principalmente no Bloco 2 do protocolo Kairós. Nascida como uma estratégia para lidar com o estresse, hoje é utilizada para transtornos de ansiedade e do humor, como também para o aprimoramento das funções executivas, proporcionando mudanças neuroquímicas no funcionamento cerebral.

Por último, o vínculo mostrou ser uma potente ferramenta no manejo clínico:

“Você não desistiu, me motivou, e disse que eu estava **progredindo. Então eu achei que vale a pena a gente fazer uma terapia dessas na terceira idade**” (Participante 9, 68 anos).

A aliança terapêutica permite a estruturação de um trabalho que atenda às necessidades específicas do paciente. Para sua manutenção, é necessário o constante monitoramento e levar em consideração não só o papel do paciente nessa relação, mas também o do terapeuta. O estabelecimento da aliança, sua dinâmica e possíveis rupturas são importantes conteúdos para o processo psicoterapêutico (Oliveira & Benetti, 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o envelhecimento populacional, as demandas específicas da população idosa serão cada vez mais demandas gerais. Relações maritais e intergeracionais estão no seio da

vida afetiva das participantes, influenciando diretamente no modo como se manifestam, seus possíveis sintomas e na tomada da autonomia. É equivocado pensar que a atuação clínica frente ao idoso resume-se a estimulação cognitiva, planos de atividades de vida diária e ser alguém com quem “conversar”.

É interessante notar como questões recorrentes como emancipação feminina e o papel da mulher têm seu lugar entre as mulheres idosas. Repensar seus papéis enquanto esposas, seja como liderança na família, na não aceitação de um papel submisso ou na necessidade de retomar a parceria com seu conjugue. O respeito dos mais novos é um ponto importante e coroa a velhice. Entrar em sintonia com as filhas e não se sentir errada em exercer sua sexualidade ou recobrar a voz ativa que a experiência traz, em forma de sabedoria, é animador. Tudo isso recorda o princípio de que a psicoterapia é, antes de tudo, um investimento que vai além do individual.

O caráter psicoeducativo da ACT e seu aporte em instrumentos auxiliou na construção de uma relação de compromisso com a terapia. O uso de diários, exercícios de atenção plena e reminiscência, por exemplo, aproximava os conceitos científicos das realidades de cada uma das nove idosas, bem como serviam de registro das mudanças que ocorreram durante as 12 semanas como documentação da sabedoria que todas elas continham.

Por fim, a análise de conteúdo corroborou e deu voz aos dados quantitativos, que apresentaram resultados significativos para os níveis de depressão, ansiedade e satisfação com a vida. Isso mostra o potencial de se investir neste tipo de intervenção na população aqui discutida, urgindo a necessidade de protocolos que respeitem as especificidades e as possam trabalhar diretamente.

REFERÊNCIAS

BANDURA, A. **Self-efficacy**: the exercise of control. New York: W.H. Freeman, 1997.

BOHLMUIJER, E. et al. Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot study. **Aging & Mental Health**, vol. 9, n. 4, 302-304, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860500089567> Acesso em 06 de jul de 2021.

CUKROWICZ, K. C.; JAHN, D.; GRAHAM, R.; WILIAMS, R. Suicide Risk in Older Adults: Evaluating Models of Risk and Predicting Excess Zeros in a Primary Care Sample. **Journal of Abnormal Psychology**, vol. 122, n. 4, 1021-1030, 2013. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2013-44247-008> Acesso em 05 de jul de 2021.

FERNANDES, M. G. M. (2009). Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 62, n. 5, 705-710, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BdpWf5t3psqCnYfhNLMHknk/abstract/?lang=ptdo> Acesso em 06 de jul de 2021.

FREDRICKSON, B. L. **Positividade**: descubra a força das emoções positivas, supere a negatividade e viva plenamente. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

GILLANDERS, D.; LAIDLAW, K. ACT and CBT in older age: towards a wise synthesis. In: PACHANA, N. A.; LAIDLAW, K. **The Oxford Handbook of Clinical Geropsychology** (pp. 637-657). Oxford: Oxford Library of Psychology, 2014. p. 637-657.

HAYES, S. C. **A Liberated Mind**: How to Pivot Toward What Matters. New York: Avery, 2019.

HAYES, S. C.; PISTORELLO, J.; BIGLAN, A. Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, vol. X, n. 1, 81-104, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100008 Acesso em 06 de jul de 2021.

HAYES, S. C., STROSAHL, K. D.; WILSON, K. G. (2011). **Terapia de Aceitação e Compromisso**: o processo e a prática da mudança consciente. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características gerais dos domicílios e dos moradores 2018**, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101654_informativo.pdf Acesso em 10 de mai de 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**, 2018. Disponível em: [\[noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017\]\(https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017\) Acesso em 10 de mai de 2021.](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-</p></div><div data-bbox=)

LEMES, C. B.; NETO, J. O. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. **Temas em Psicologia**, vol. 25, n. 1, 17-28, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002 Acesso em 06 de jul de 2021.

MEDEIROS, A. G. A. P. **Protocolo Kairós para depressão geriátrica**: estudo piloto. 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia: Práticas e Inovação em Saúde Mental, Universidade de Pernambuco, Garanhuns, 2019.

MEDEIROS, A. G. A. P.; HARTMAN JÚNIOR, J. A. S. Protocolo baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso para depressão geriátrica. **Psicologia: Saúde e Doenças**, 2021. No prelo.

MEDEIROS, A. G. A. P.; HARTMANN JÚNIOR, J. A. S. Terapia de Aceitação e Compromisso para depressão geriátrica: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, vol. 15, n. 2, 112-119, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872019000200005 Acesso em 06 de jul de 2021.

MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D. M.; JESUS, M. C. P.; SOUTO, R. Q.; THAMADA, A. A. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 47, n. 3, 408-414, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kjk9CmvcHVjVkrpDHP6b-Njt/abstract/?lang=pt> Acesso em 06 de jul de 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

NASSER, F. J. et al. Doenças psiquiátricas e o sistema cardiovascular: interação cérebro e coração. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, vol. 29, n. 1, 65-75, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797114> Acesso em 05 de jul de 2021.

NÓBREGA, I. R. A. P.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; VIEIRA, J. C. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, vol. 39, n. 105, 536-550, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gfFFTzQKvvCLzr3SWHCXJ6C/?lang=pt> Acesso em 05 de jul de 2021.

OLIVEIRA, N. H.; BENETTI, S. P. C. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 67, n. 3, 125-198, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347559/> Acesso em 05 de jul de 2021.

PETKUS, A. J.; WETHERELL, J. L. Acceptance and Commitment Therapy with Older Adults: Rationale and Considerations. **Cognitive Behavior Practice**, vol.

20, n. 1, 47-56, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4795910/> Acesso em 06 de jul de 2021.

RAMOS, G. C. F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among elderly in northern Minas Gerais: a population-based study. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 62, n. 2, 122-131, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/YrxY6mfSKSb4c4TFWPZtg8q/?lang=pt> Acesso em 05 de jul de 2021.

SABAN, M. T. **Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso**. 2ª ed. Belo Horizonte: Artesã, 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. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 22, n. 5, e190088. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/rgmFtpbqY85XRRJ9PnC3MCv/?lang=pt> Acesso em 05 de jul de 2021.

WANNMACHER, L. **Abordagem da depressão maior em idosos**: medidas não medicamentosas e medicamentosas. Organização Panamericana de Saúde, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Abordagem%20idosos_F001.pdf Acesso em 05 de jul de 2021.

REFLEXÕES ACERCA DOS OBJETIVOS DAS UNIVERSIDADES ABERTAS

CINTHIA LUCIA DE OLIVEIRA SIQUEIRA (AUTORA)

Docente na Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO cinthiasiqueira@unicentro.br

JOÃO BATISTA MARTINS (ORIENTADOR)

Docente na Universidade Estadual Paulista - UNESP-Assis jbmartin@sercomtel.com.br

Pesquisa de doutorado financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES.

RESUMO

Este texto faz parte de uma pesquisa de doutorado na qual estudamos um grupo de idosas participantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI). Por meio de uma pesquisa participante, cujo foco de observação e intervenção voltou-se ao potencial imaginativo, inventivo e criativo das estudantes, o objetivo foi desconstruir a ideia de UATI enquanto um espaço destinado a salvar as pessoas mais velhas da solidão, abandono ou mal estar. O registro da vivência com as estudantes foi realizado por meio de um diário de campo e, entrelaçado ao que se vivia no campo, construímos alguns questionamentos sobre os paradoxos que encobrem a longevidade, bem como, reflexões acerca dos serviços que são oferecidos às pessoas de mais idade, em especial, nas universidades abertas. Ao que concluímos que, diferente de uma lógica de ensino hierárquica que prescreve modos de pensar e se comportar, a UATI pode se constituir enquanto contexto privilegiado para a construção e vivência de novos/outros possíveis – contribuindo para que pessoas idosas descubram a si mesmas, seus impulsos e motivos mais singulares e não os ditados por uma generalizada (e equivocada) condição.

Palavras-chave: Universidades abertas, Envelhecimento, Velhice.

INTRODUÇÃO

O processo iniciou quando fui convidada a lecionar as disciplinas de literatura e teatro na universidade aberta. O convite chegou através de um telefonema da coordenadora do programa. Comentou que eu havia sido indicada pela coordenadora de graduação do curso de pedagogia da mesma instituição e que a referência era a de que eu, apesar de não ser formada em letras ou teatro, tinha afinidade com a palavra e com o palco.

Iniciado meu trabalho na UATI era chegada a estação de entrar em contato com este mundo, fosse em sala de aula ou em leituras que colecionei a fim de conhecer as iniciativas que aconteciam no Brasil e em outros países.

Encontrei inúmeros artigos, dissertações e teses que discorriam sobre o tema. Antes de arriscar o salto de ponta, realizei leituras esparsas a fim de experimentar a temperatura com os dedos dos pés. Acontece que, na desconfiança, acabei desequilibrando e afundei na água - saturada de termos como resgate da autonomia, da autoestima e da cidadania, busca por qualidade de vida, saúde, envelhecimento ativo/bem-sucedido, reinserção social.

Nos textos explorados, chamou atenção a insistência em subentender a pessoa idosa como portadora de avaria e a necessidade de compensação por algo que perdera, o que, segundo Lúcia Palma (2000) fez com que as UATIs, desde suas primeiras manifestações, assumissem o compromisso de tirar as(os) longevas(os) do isolamento e tivessem como seu maior objetivo a revisão dos estereótipos e dos preconceitos associados à velhice em busca de um envelhecimento denominado bem-sucedido.

Estes apontamentos incitaram questionamentos sobre a possibilidade de avaliar/definir/predizer o sucesso ou o fracasso do processo de envelhecer e sobre a concordância ou não a respeito do que seria um envelhecimento bem-sucedido.

Outras(os) autoras(es) se fizeram as mesmas questões – haveria consenso sobre o que é envelhecer bem e sobre qual a contribuição das UATIs neste sentido?

Para Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira Teixeira e Anita Liberalesso Neri (2008) "não há definição consensual de envelhecimento bem-sucedido.

Os termos envelhecimento ativo, robusto e bem-sucedido são usados de maneira indiscriminada para explicar o processo de envelhecer bem” (TEIXEIRA; NERI, 2008, p.1). Segundo as autoras, o componente mais importante para se avaliar o sucesso do envelhecimento é o bem-estar subjetivo, uma vez que a percepção pessoal da pessoa idosa oferece “a possibilidade de definir envelhecimento bem-sucedido como uma meta pessoal, continuamente modificada no curso de vida” (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 4).

Isso porque, no entender das autoras, podemos definir o tal sucesso a partir de uma avaliação estritamente biológica e, nesse sentido, estariam em desvantagem pessoas que não gozam de boa saúde. Por outro lado, podemos pensar que o sucesso está na possibilidade de manutenção de afeto e vínculos, no engajamento social ou na atitude positiva perante a vida, o que independe da integridade física, mas também predizem sucesso x fracasso.

Rowe e Khan (1997) e Glass (2003) preconizam que o envelhecimento bem-sucedido precisa ser discutido sob a perspectiva biomédica e psicossocial de maneira que uma complemente a outra. Partindo desta premissa, poderíamos traçar uma série de combinações entre um estado físico e outro psíquico que resultam ora em situações passíveis de mudança, ora em situações inerentes ao destino biológico do corpo ancião e, por este motivo, resignadas ao malogro.

Sobre isso, Teixeira e Neri (2008) criticam justamente o pressuposto de que “o envelhecimento bem-sucedido tem valor superior à velhice típica, com declínio normativo na capacidade funcional” (TEIXEIRA e NERI, 2008, p.9), uma vez que, “a referência é uma capacidade funcional excepcional que seria privilégio de poucos em idade avançada, gerando o equívoco de que as condições de doença e dependência representam marcadores de fracasso” (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 9).

Matilda White Riley e John W Riley Jr. (1994) complementam com a ideia de que para haver um envelhecimento bem-sucedido devem ser observados aspectos ambientais, sociais e históricos os quais são responsabilidade não do indivíduo, mas da sociedade.

De forma geral, Colin A. Depp e Dilip V. Jeste (2006) concordam que não há um consenso sobre o que seria um envelhecimento bem-sucedido e questionam a forma como o mesmo é avaliado – objetivamente, subjetivamente ou de ambas as formas. Para os autores, o

próprio termo “bem-sucedido” é arriscado porque pressupõe a dicotomia sucesso/fracasso. Da mesma maneira, Willian Strawbridge et al. (2002) recriminam o vocábulo por transportar a ideia de competição entre vencedores e perdedores o que evidencia a visão dicotômica da vida, porque, ao prescrever o sucesso, reconhece o fracasso como inerente ao corpo envelhecido.

Concordamos que o termo é inapropriado, especialmente porque guarda a concepção do tudo ou nada no lugar da continuidade e das ambiguidades, essas sim, inerentes ao curso da existência, além disso, prescreve condutas e condições que, ao invés de proporcionarem o aclamado bem estar, contribuem para a sensação de insatisfação e insuficiência àqueles que não se adequam à receita do bolo de confeitaria.

Se seguimos nas leituras e, ao lado de envelhecimento bem-sucedido, encontramos outros temas recorrentes nos textos que abordam os intentos das UATIs como a ideia de integração da pessoa idosa à sociedade e o propiciar de melhor qualidade de vida aos que envelhecem.

Como expressa Cilene Swain Canôas (1991), “a universidade aberta da terceira idade surge como proposta de integrar o idoso à sociedade” (p.45). De forma semelhante, Mariúza Peloso Lima (2001) sugere que para se ensinar a pessoa idosa é necessária uma pedagogia específica a fim de “garantir a reforma do pensamento e para que os idosos desenvolvam pensamentos não só para sobreviverem, mas, sobretudo, para conquistarem com autonomia, melhor qualidade de vida”. (LIMA, 2000, p.143) – o que, a nosso ver, implicaria em monitoria e tutela das(os) longevas(os).

Sobreviver seria viver apesar de, ou resistir ao efeito da velhice; melhor qualidade de vida pressupõe preexistir a pior. A velhice é colocada em desvantagem e a pessoa idosa como a segregada, a desinserida, principalmente quando se entende que a “a educação de idosos tem como objetivo dar-lhes condição de gerir e cuidar de forma equilibrada, autônoma e produtiva do cotidiano de suas vidas, o que significa reintegrá-los à sociedade”. (SOBRAL, 2001, p.88).

Keneth Camargo e Renato Peixoto Veras (1995), há décadas, já anunciavam essa tendência das UATIs ao afirmarem que elas tinham o objetivo de “contribuir para reduzir o isolamento e a solidão dos idosos e reintegrá-los à sociedade, resgatando sua cidadania e sua

participação na produção de novos valores, bem como atuar na redefinição de imagens da velhice e do envelhecimento" (CAMARGO; VERAS, 1995, p. 119).

Poderíamos citar aqui diversos outros textos que apontam o resgate da cidadania, a reinserção social, a realização pessoal da pessoa idosa, o bem estar, a promoção da saúde, a velhice bem-sucedida e, principalmente, a qualidade de vida como objetivos fundamentais da educação continuada na terceira idade.

Para Tótora (2015), "envelhecer bem e com qualidade de vida tornou-se um lugar comum, um clichê repetido à exaustão" (TÓTORA, 2015, p.66) - ladainha que igualmente nos incomodou. Segundo a autora, tal enunciado, independentemente de sua cientificidade, "engendra inúmeros dispositivos de controle, não somente dos velhos, mas do modo de vida de toda a população, com base na alegação de uma vida saudável" (TÓTORA, 2015, p.66). A mesma autora relaciona o slogan da busca pela qualidade de vida com a expressão de um corpo de "vivências medrosas, desejosas de conforto, entretenimento e bem estar bastante dispendiosos, porém muito lucrativos para as indústrias da saúde e do lazer" (TÓTORA, 2015, p.105).

Não discordamos de que exercer a cidadania, a autonomia, entre outros, é de suma importância – em qualquer idade. O que intriga é a colocação da pessoa idosa como alguém que carece de tais atributos e que necessita da universidade para resgatar o que foi arruinado, como se esta detivesse um poder extra e superior – "favorecendo a aquisição de conhecimento que busque atuar individual e coletivamente pela promoção da qualidade de vida e valorização do idoso, reduzindo a morbidade e ampliando aspectos de autocuidado" (ANNES, et al., 2016, p.3).

O que as estudantes da UATI em que eu lecionava demonstravam em aula contestava a ideia de morbidade. Ao contrário de um lugar para a salvação, a universidade se apresentava como palco de encenação e declamação de possibilidades. Havia nelas vida inacabada e não recomçada. Havia continuidade e não manutenção; conquista no lugar de redenção. É o que defende também Brandão (2010) na apresentação do texto de Monteiro (2010) - "o desejo e a capacidade de aprender e refletir permanece, mesmo com o passar dos anos, confrontando o preconceito que indica que essas potencialidades declinam com o envelhecimento" (MONTEIRO, 2010, p.59).

Porém, no contrafluxo da percepção desta autora, grande parte dos textos apontam que “o grupo de convivência [...] dá novo sentido para a vida daquela que antes se sentia sozinha e sem muitas expectativas” (BULSING et al., 2006, p.11). Para Annes et al. (2017), por exemplo, os grupos de terceira idade surgem como estratégias de inserção das pessoas idosas na sociedade e representam uma rede de apoio social que propicia a interação entre as gerações, troca de experiências, atividades diversas, “afastando problemas como depressão, solidão e abandono, além de despertar a consciência do envelhecimento saudável” (ANNES et al., 2017, p.1499). De acordo com a autora, estes grupos contribuem “para minimizar os sintomas depressivos, tendo em vista que essa participação torna-se uma ocupação, um compromisso na vida do idoso, ampliando seus laços de amizade e beneficiando-os com a troca de conhecimento” (ANNES et al, 2017, p.1506).

Sabemos ser fato a solidão de algumas pessoas na velhice, mas não todas e nem apenas elas - há crianças, jovens e adultos solitários. No grupo estudado, existe o contraponto das pessoas que, convivendo com muitas pessoas ao longo de toda a vida, vez ou outra desejam e desfrutam o estar só. Algumas ainda trabalham, fazem parte de instituições filantrópicas, reúnem-se com amigas, moram com familiares... E, apesar de não estarem a sós, participam da UATI, ou, a despeito de viverem sozinhas, não aparentam depressão.

Há sim idosas (não poucas) que se queixam da solidão e que referem ser a universidade uma oportunidade que encontraram para fazerem amizades e dar novo sentido à vida que andava meio sem sal nem miragem, mas essa condição não é regra, tampouco atributo exclusivo deste período da vida – portanto, não poderia servir de justificativa às UATIs.

O que nos brada cuidado é a generalização, a repetição do discurso homogêneo que encapsula a pessoa idosa em um estereótipo que ela abraça e os grupos de terceira idade reafirmam. Neste sentido, o objetivo de nosso trabalho é desconstruir a ideia de UATI enquanto um espaço destinado a salvar as pessoas mais velhas da solidão, abandono ou mal estar. No lugar de redenção, acreditamos que as universidades abertas podem ser palco de deslocamentos, potência e criação - impulsionados pela vivência grupal, por novos embates, novos conflitos, outras formas de ser e estar no mundo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa participante em que a pesquisadora, e também professora de literatura e teatro da UATI, acompanhou um grupo de 24 mulheres no período de 2 anos.

O diário de campo foi o instrumento eleito para registrar e sistematizar nossas observações e reflexões, essencialmente porque, como concordam algumas(uns) autoras(es), ele “tem sido empregado como modo de apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas dos sujeitos do estudo e como um esforço para compreendê-las” (ARAÚJO et al, 2013, p.54).

Desde os primeiros encontros com as estudantes realizamos anotações em caderno que não seguiram uma lógica cronológica, ou seja, não foram realizadas sistematicamente após cada encontro e tampouco registrou-se todos os encontros. É que alguns não suscitaram reflexões importantes, outros, fartavam de episódios significativos. Havia situações que pululavam à mente em momento posterior - chegavam de imprevisto, quando o sentido vinha à tona - sabe lá por qual razão. Deixamos nos levar pela presença (ou não) dos sentidos, porque acreditávamos que o que ficava era o que significava.

Adjacente às anotações descritivas das situações vivenciadas, eram registradas no diário reflexões provenientes de encontros com o orientador, com outras(os) autoras(es), comigo mesma, as quais nortearam a condução da pesquisa e dos próprios encontros. Para este trabalho, fizemos um recorte na pesquisa e ressaltamos questões a partir de textos que discorrem sobre os objetivos das universidades abertas, os quais são contrapostos a reflexões e vivências com duas idosas - Serafina e Celina.

Vale ressaltar que a pesquisa foi submetida ao comitê de ética e recebeu parecer consubstanciado favorável registrado na plataforma Brasil sob o número 3.521.078.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme comentamos na introdução, os programas voltados às pessoas idosas parecem carregar a crença de que a velhice é,

inevitavelmente, acompanhada de solidão, depressão e abandono e que, portanto, os serviços prestados a esta população precisam estar atrelados a ações de reintegração social. Além deste fator, observamos que alguns programas também se mostram implicados na tarefa de manter a "capacidade funcional" da(o) longeva(o) a fim de prevenir sua degeneração e conseqüente isolamento social.

De acordo com alguns estudiosos¹, o treinamento cognitivo tem impacto positivo em diferentes dimensões do capital psíquico - nas habilidades cognitivas de adquirir e utilizar formas de conhecimento (criatividade, curiosidade e motivação para aprender), na capacidade de estabelecer vínculos interpessoais (inteligências emocionais) e nas capacidades emocionais de desenvolvimento de projetos, superando obstáculos (autoestima).

Para Veras (2003) o envelhecer está atrelado à saúde, "no sentido de promover maior acesso a cuidados médicos, estimulando comportamentos saudáveis e atividades mentais e cognitivas para a prevenção de doenças, como o Mal de Alzheimer" (VERAS, 2003, p.16). Segundo a autora, a escolaridade tem relação direta com a capacidade funcional da pessoa idosa, considerada "condição indispensável para garantir um envelhecimento com boa qualidade de vida" (VERAS, 2003, p. 16).

Kátia Silva Búfallo (2013) também percebe uma relação direta entre a educação e a "saúde mental" da pessoa idosa e afirma que "quanto maior o nível de escolaridade, mais difícil o desenvolvimento de quadros demenciais, como a doença de Alzheimer" (BÚFALLO, 2013, p. 208). De acordo com seus estudos, "indivíduos com baixa escolaridade apresentariam maior predisposição a desenvolver quadro demencial" (idem, p. 208).

Outros trabalhos fazem referência aos baixos índices de depressão e déficit cognitivo como privilégios das pessoas de mais idade que frequentam grupos de convivência e defendem que a gerontologia educacional tem funcionado como uma "oportunidade terapêutica sobre a memória, a concentração, a capacidade cognitiva, o aprendizado e a criatividade nos idosos" (Aguilar e Cachioni, 2008, p.114).

1 Casagrande, G.H.J.; Silva, M.F. e Carpes, P.B.M. (2013); Aguilar, L.H. e Cachioni, M. (2008).

O que os estudos acima evidenciam é uma estreita relação entre qualidade de vida e manutenção da capacidade funcional – referida como funcionamento cognitivo. Interessante a relação da educação “no envelhecer” com a prevenção de doenças. O aprendizado e a criatividade aparecem ao lado da oportunidade terapêutica sobre a memória, a concentração e a capacidade cognitiva, ou seja, são vistos como tratamento de algo que já não vai bem ou está à beira da corrosão.

Diante deste cenário, Correa (2009) questiona o papel das universidades que, por meio de publicações científicas, de programas voltados para a terceira idade, de pesquisas, livros, congressos, associações, entre outros, “fornecem os subsídios que alertam para a necessidade de uma intervenção no campo da velhice, uma vez que, para muitos pesquisadores, é natural que o corpo se degrade à medida que o tempo atravessa o ser humano”. (CORREA, 2009, p.71). Nesse intuito, os manuais oferecem receitas constituídas de modos de conservar a saúde ou de minimizar doenças, sintomas e seus respectivos tratamentos.

Para a autora, ao lado do discurso do envelhecimento ativo há o efeito de sentido desvitalizador na produção bibliográfica – “não obstante, seu veio apresenta forte presença do discurso voltado somente para os aspectos biológicos do envelhecimento, no qual o corpo do idoso é visto como uma máquina que se desgastou” (CORREA, 2009, p.21).

É o igualmente observamos em trabalhos que se apoiam predominantemente na ciência biológica para quem “a velhice pode ser definida como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que se observam no ser humano por volta dos sessenta anos” (MARTINS, 1997, p.21). Mudanças estas que “apontam para uma fase em que o indivíduo sofreria determinadas perdas” (idem, p.72). Na mesma linha Stuart Hamilton (2002) refere-se à velhice como uma fase na qual “todas as capacidades latentes de desenvolvimento foram realizadas, deixando apenas potencialidades de dano de ação tardia” (HAMILTON, 2002, p.22). Visão essencialmente biológica que apresenta a velhice sob a perspectiva do “declínio na habilidade do organismo em responder a estímulos estressores, levando a uma disfunção na homeostasia e a um aumento na incidência de doenças” (KIELING et al, 2006, p.48).

Trabalhos que corroboram com a ideia de uma velhice reduzida unicamente a um corpo orgânico “inserida em uma racionalidade científica e em um regime de saber que buscam as causas das falhas e da degenerescência no processo de envelhecimento [...] sintomas de um corpo que praticamente se esgotou e que precisa de reparos” (CORREA, 2009, p.75) – o que certamente exerce influência até os dias de hoje e contribui com a crença de que é necessário um aprendizado para o envelhecer – projeto ainda perseguido pelos programas de educação de pessoas idosas.

Correa (2009) adverte que, ao se buscar um padrão orgânico para a velhice, “o olhar que se lança ao homem marcado pelo tempo é caracterizado pela ideia de que essa fase implica, além das perdas naturais de faculdades humanas, a estagnação do desenvolvimento e a degenerescência do corpo” (CORREA, 2009, p.73).

Concordamos com a autora ao observarmos que os estudos apresentados partem do pressuposto de que a idade é acompanhada de déficit orgânico e possível doença mental (em especial o Alzheimer) e que o professor deve assumir o papel de quem vai promover o acesso a cuidados médicos ou exercitar a mente para garantir o bom funcionamento cerebral, justamente porque muitas pesquisas apontam que “a participação na UATI favorece a manutenção do desempenho cognitivo dos idosos” (CACHIONI et al, 2012, p.71).

Esse discurso de prevenção do Alzheimer faz eco na fala das alunas da UATI. Quando iniciei meu trabalho com elas questioneei o que as motivava a frequentarem uma universidade, ao que muitas responderam - prevenir o “bichinho alemão”. Vale ressaltar que as alunas têm em sua grade de disciplinas parcela considerável de “oficina de memória” na qual a fala de precaução do Alzheimer é recorrente como um apelo ao empenho e participação nas aulas.

Acreditamos, como Johannes Doll (2006), que os discursos têm interesses e efeitos específicos e não podem ser naturalizados, uma vez que, se constituem da sobreposição de múltiplos outros discursos - políticos, midiáticos, de mercados de consumo, científicos...

Como exemplo do quanto os discursos veiculados constituem um campo de interesses e efeitos, Doll (2006) cita a questão da doença de Alzheimer que fora descrita pela primeira vez em 1907, no entanto, segundo Annette Leibing (1999), por desavenças nas áreas da medicina

e psiquiatria, tal doença desapareceu da discussão científica, reaparecendo cerca de 70 anos mais tarde nos livros de neurologia, com evidente interesse nos financiamentos do congresso norte americano.

O que notamos na atualidade é que a medicina, enquanto ciência produtora de modos de ser a partir da observação e intervenção no corpo, "emerge como grande aliada na produção de subjetividade em torno do envelhecimento humano" (CORREA, 2009, p.58). A velhice - processo natural do desenvolvimento, "se constitui, na realidade, em uma velhice fabricada, produzida e incitada, tal como a percebemos atualmente, dentro de uma lógica de mercado que visa à sustentabilidade da máquina capitalista" (CORREA, 2009, p.59). A partir deste entendimento a autora indica que a ciência médica tem grande contribuição no estabelecimento do lugar e papel destinados às pessoas idosas da contemporaneidade.

Diante da temporalidade discursiva não se pode julgar o que seria um bem-estar na velhice, já que este é conceito subjetivo, individual e, por isso mesmo, vago. Para Doll (2006) a depender da cultura, fatores como saúde, relações sociais e situação econômica (geralmente utilizados como parâmetros de medição de bem-estar), assumem relevância diferenciada.

Sobre isso, Tótorá (2015) comenta que em nossa cultura, a qual valoriza o excesso de prazeres, o culto à felicidade e a ausência de sofrimento; a velhice torna-se sinônimo de privação - "não se trata mais de renunciar ao corpo em favor do espírito, como na cultura cristã, para obter a salvação e a vida eterna. Salvar, agora, exige-se não envelhecer" (TÓTORA, 2015, p.33).

Outro enunciado recursivo nos textos que dizem sobre os ganhos/objetivos das UATIs é a ocupação do tempo "inativo" e o desfrute do lazer - "uma maneira dos idosos se divertirem, ocuparem suas mentes, preencherem seu tempo, de estarem em sintonia com a atualidade e de fazerem trocas sociais e afetivas". (PEREIRA, 2005, p.73). A mesma autora, em trabalho posterior, afirma que os programas das universidades abertas "vêm ocupar o tempo ocioso das pessoas que, após se aposentarem, ainda gozam de saúde física e mental e buscam realizar antigos sonhos que não puderam ser realizados por algum motivo" (PEREIRA, 2005, p.31).

Para Enrique Lombardo e Luciana Polizzi (2015) “o aumento da esperança de vida durante o século XX e a melhoria de sua qualidade, bem como, o acesso à aposentadoria remunerada, gera uma necessidade crescente de atividades para aposentados” (LOMBARDO e POLIZZI, p. 59).

Atividade torna-se palavra de ordem na atualidade – em qualquer idade e “o empenho em canalizar as forças para o consumo e a produção de bens materiais e imateriais segundo exigências externas não permite empregar forças na produção de si mesmo como obra de arte” (TÓTORA, 2015, p. 68).

O tempo livre é mal visto e a pessoa idosa significada como desocupada ou frustrada. Faz-se necessário preencher “a calma” com práticas de lazer que, segundo Wilson Nogueira e Clebio Martins (2017), quando executadas de forma correta e eficaz “contribuem para uma melhor qualidade de vida, por permitir momentos de alegrias, interação e distração, promovendo uma melhora na sua saúde biopsicossocial” (NOGUEIRA e MARTINS, 2017, p.14).

Novamente surge a ideia da recuperação do que foi deixado para trás. Como se a velhice fosse uma remissão do passado e não uma continuidade do curso de vida. Em todo tempo as pessoas restauram sonhos antigos, mas na velhice esse movimento assume uma dimensão romântica, exagerada e fantasiosa.

De acordo com Correa (2009), a atual valorização atribuída ao tempo faz da ociosidade uma perda do mesmo – “há que se ganhar dele, trapaceá-lo, ultrapassá-lo, para que ao final se possa conquistá-lo, vencê-lo” (CORREA, 2009, p.92).

Para a autora, diante desta valoração, o tempo livre torna-se um oco que precisa ser preenchido. E a velhice é significada como o período de “tempo vago”, que em nossa sociedade traduz-se por tempo de inatividade produtiva/econômica.

Ao lado deste entendimento, o tempo livre está associado à predisposição a doenças o que faz com que a prescrição de atividades adquira o caráter de receituário médico. A esse respeito, Correa (2009) cita que a atividade de fazer tricô, por exemplo, antes lazer, torna-se hoje terapia prescrita por agentes da saúde – sempre em prol da chamada qualidade de vida – “afinal, não se pode ‘ficar à toa’ em um mundo que privilegia a produção, o consumo e o movimento” (CORREA, 2009, p.93).

Da mesma maneira, Tótorá (2015) comenta que “o aumento da longevidade, a elevação do nível de saúde e a melhoria da ‘qualidade de vida’ são estratégias das políticas de produção de corpos ativos e úteis para a produção e consumo” (TÓTORA, 2015, p.65).

Nietzsche (1996) há mais de um século, falava do culto ao trabalho e da produção industrial que transformava o ócio em um mal a combater – “tem-se agora vergonha do repouso e do ócio; quase experimentaria um remorso em meditar. Pensa-se com o relógio na mão, mesmo quando se está a almoçar” (NIETZSCHE, 1996, p. 329).

Serafina

Para contrariar a alegoria do mau ócio, apresento Serafina. Professora de língua portuguesa aposentada, não media metro e meio, de coluna curva e olhar azul-maroto, colecionava anedotas. Era a mais velha do grupo, digo para lá dos noventa – desperdiçava calor, malícia e ternura. Portava bolsinha miúda, manufaturada em jeans e fitilho que eu cobiçava pidona, até o dia em que ela, desconfiada do gabo, perguntou se eu usaria uma igual. E foi assim que, na temporada de natal, Serafina presenteou-me com uma bolsa idêntica à dela, que eu uso sim, em ocasiões bem peculiares, aquelas em que eu não carrego celular, nem óculos e muito menos chave, caneta ou caderno... Apenas alguns trocados e um lenço pequeno, quem sabe.

A “menina dos olhos” me remete ao ócio porque, um dia, revelou-me em sigilo que a maior riqueza apropriada na velhice fora as badaladas à toa. Disse-me que gostava de contemplar o ponteiro parado na hora, enquanto o passarinho batia asas na aurora.

Achei a rima tão bela, que jamais perdi o verso. Havia outras belezas que ela me segredava, como a alegria de viver só. Era viúva há anos e não tivera filhos; dizia Serafina que viver com ela mesma era libertário e irreverente. Quando outra aluna ou aluno se queixava das proibições de filhas(os) ou netas(os), ela me olhava matreira e eu decifrava as entrelinhas da sua íris anil.

Tal confissão vai ao encontro das observações de Neri (2001), em estudo realizado com idosas que viviam sozinhas – “a maioria não sentia nem isolamento nem solidão. Diziam-se satisfeitas e bem-sucedidas como idosas, já que eram capazes de viver sozinhas” (NERI,

2001, p.12). Para a autora, "viver só foi apontado como uma necessidade da personalidade na velhice; uma contingência das relações sociais e uma contingência do ciclo de vida individual" (idem, p.13).

Outra lembrança de Serafina que me vem à mente remete ao dia em que desenvolvi com as aprendizes uma atividade de formar palavras diversas trocando apenas uma letra da anterior. Na semana seguinte, Serafina agradeceu-me pela brincadeira, pois disse que precisou aguardar horas na sala de espera do médico e que a barganha de letras a ajudou a transformar paciência em diversão. Não era a falta de memória ou a perda cognitiva que a atormentava, mas sim, a ausência da folia.

Apreciar o ócio, diria Serafina, pode ser um privilégio da velhice. Concordariam com ela os pesquisadores do Laboratório de Estudos sobre o Ócio, Trabalho e Tempo Livre da Universidade de Fortaleza, os quais em 2013 promoveram o "VII Seminário do Ócio e Contemporaneidade" cuja temática fora "tempo social e envelhescência".

José Clerton de Oliveira Martins e Lorena Ibiapina Gurgel (2013), por exemplo, em uma pesquisa realizada com pessoas idosas aposentadas, afirmam que o tempo livre de que elas gozam tem potencial e pode ser revertido em "atividades de desenvolvimento pessoal, como: autoconhecimento; realização pessoal; planejamento pessoal; administração do tempo; comunicação interpessoal; relacionamento humano; qualidade de vida; motivação e outros mais" (MARTINS; GURGEL, 2013, p.1).

Kleber José Santos (2013) em sua pesquisa com as mesmas pessoas idosas concluiu que a experiência subjetiva de ócio seria "um dos caminhos mais eficazes para se atingir ânimos positivos, enquanto recurso capaz de gerar harmonia e equilíbrio no cotidiano e na vida daqueles idosos que as vivenciam" (SANTOS, 2013, p.1). Da mesma forma, Gustavo Fonseca Halley (2013) constata que o ócio é "generosa fonte de experiência, de onde emanam o melhor conhecimento de si e do entorno, ao longo do percurso pelas trilhas da aposentadoria e velhice" (HALLEY, 2013, p.1).

Na conferência de encerramento do evento acima citado, o professor Viktor Salis (2013) comenta que a questão é como transformar

o ócio ao que era na antiguidade - uma forma bela de viver, e não uma proibição de viver².

As palavras proferidas pelo professor durante uma das mesas do evento – Tempo de envelhescência – corroboram com o que Serafina revelou em sua existência. Em seu discurso, Salis (2013) questiona o que seria o tal problema do envelhecer e afirma que considera isso uma característica maravilhosa da condição humana. Ao separar o tempo físico do espiritual, ele entende que vivemos uma temporalidade extraordinária – de contínuas metamorfoses a ponto de, algumas pessoas estarem em processo de renascer constantemente das cinzas, como a fênix. Para o professor, por sermos Kronos e Eros, somos também uma temporalidade que envelhece, ao que nos resta uma única (e fantástica) saída – a criação.

Afinal, “o indivíduo se torna imortal através do seu poder criador, através da mensagem que ele deixa e não cai no esquecimento. Desde os grandes poetas aos grandes sábios, eles ainda estão vivos” (SALIS; SUCUPIRA; CLERTON, 2013, p.4).

Salis (2013) finaliza com a sugestão de cessar o discurso sobre a velhice enquanto mortalidade inexorável – “nós é que fizemos essa cultura miserável materialista e esquecemos que existe, sim, uma beleza que transpassa o coração, transpassa a poética do espaço e faz com que a forma física se torne irrelevante” (SALIS; SUCUPIRA; CLERTON, 2013, p. 4).

Serafina fez-se imortal nas criativas anedotas que narrou, na poesia do tempo que me contou e na bolsinha que me cativou. Certa vez, em uma finalização de ano, ela leu à frente da sala um texto em que uma repórter transcreve a resposta de Cora Coralina à seguinte pergunta – “O que é viver bem?”.

Com charme, apresentou o texto fazendo a ressalva de que só não concordava com a seguinte afirmação da poetisa - o bom mesmo é produzir sempre e não dormir de dia isso porque, como ela mesma recomendava - uma sonequinha depois do almoço - Meu Deus! Como é bem-vinda!

2 Conferência de encerramento do VII Seminário do ócio e contemporaneidade, disponível em <http://www.otium.net.br/index.php/2016-10-25-15-12-54/anais-do-seminario-ocio-e-contemporaneidade-2013?id=46>, acessado em 02/11/17.

Em contínuas metamorfoses Serafina renascia das cinzas e surpreendia, como uma fênix, comprovando que a melhor idade não se faz depois dos 60, mas no desafio de fazer de cada dia o melhor dia.

O contraponto que se faz aqui é com o imperativo da atividade, da ocupação, do lazer. Há espaço para o ócio e potencialidade de criação nesse mesmo ócio, assim, as universidades não precisariam resgatar a pessoa idosa de sua suposta morbidade, mas possibilitar a vivência criativa do ócio, do tempo desacelerado, do transbordar de experiências e da rica matéria prima cultural acumulada nos anos vividos.

Ainda de acordo com o professor Salis (2013) é preciso ensinar o sujeito a ocioso, que é diferente de usufruir do lazer. Este seria divertir-se superficialmente, já o ócio implica criação, dar sentido à existência, dar de si o que se tem de melhor.

No entanto, a partir de trabalhos³ que discorrem sobre o surgimento e a história das UATIs, compreendemos que estas instituições conservam, como um de seus eixos, grande preocupação com o preenchimento do tempo das(os) longevas(os). Nas(os) autoras(es) pesquisados, observamos que, desde as primeiras instituições de caráter socioeducativo no Brasil, as ações oscilaram entre três especificidades de serviços: aqueles voltados ao aspecto social, visando a uma reintegração, socialização, lazer; outros voltados ao aspecto psicológico, com a preocupação de uma manutenção cognitiva e/ou um desenvolvimento da personalidade e outros voltados à dimensão biológica, cujo intuito é o cuidado com o corpo, a prevenção de doenças. Em todos eles, há a ideia do resgate - daquilo que já se foi ou se está a perder.

Celina

Tais perspectivas, recorrentes no meio acadêmico, contrastam com o que Celina Monteiro tem a dizer. Participante de um grupo de estudos sobre o envelhecimento, a autora realizou um trabalho de revisão bibliográfica sobre os atributos que são conferidos às pessoas

3 6 Sobre a história das UNATIs ver: Cachioni, M. (2012); Lacerda, S.M. (2009); Loures, M.C.; Alencar, J. e Gomes, L. (2005); Lima, M.A. (2001); Peixoto, C. (1997).

idosas e nos revelou o sentimento de uma octagenária, como ela mesma se denomina, ao entrar em contato os mesmos:

Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento – este título me atraía, ao mesmo tempo em que me repelia [...] queria e não queria saber mais. Os autores de artigos sobre envelhecimento, seja qual for a idade que tenham, colocam-se em suas análises, por dever de ofício, numa posição objetiva, científica, mas, qual o impacto desses artigos para alguém que, como eu, está vivendo essa fase da vida? A leitura do artigo citado acima me deixou com certo mal-estar, a impressão de que não se tem muita certeza de nada sobre envelhecimento, a não ser que, inevitavelmente, além de declínio físico, traz perdas cognitivas que até podem ser leves, mas também que a ameaça de demência paira sobre os que envelhecem (MONTEIRO, 2010, p. 3).

Celina chateia-se com o discurso científico que, por vezes desprezioso, mas também descuidado, impacta não somente os estudiosos da área do envelhecimento, mas todas as pessoas que envelhecem. As inevitáveis perdas cognitivas são anunciadas como uma promessa à pessoa idosa, que fica à mercê do indesejável.

Para alento de Celina, há outros discursos, como o de Lilian Gamburgo e Inês Monteiro (2007), que depois de entrevistarem uma idosa com transparentes dificuldades na atenção e na memória, as quais poderiam ser identificadas como um declínio cognitivo, compreenderam que o esquecimento dessa senhora não era um processo puramente biológico, mas relacionado especialmente à carência de convívio social - ao que Celina concorda em posterior artigo escrito em conjunto com o neto e a filha⁴ – nele, Celina destaca a importância da dimensão social na constituição e manutenção das funções psicológicas superiores, dentre elas, a memória.

Como sugerem Brandão et al. (2009), se pensarmos que o tempo de vida tem sido cada vez mais longo, é necessário compreender o ser humano como alguém que não deixa de se fazer e se refazer no decorrer de toda sua existência e que relacionar a questão da vida e do envelhecimento a aspectos unicamente biológicos ou

4 Monteiro, C.M.B.; Monteiro, M.I.B. e Camargo, L.G., 2014

cronológicos significa "assumir não só uma tendência reducionista, como também criar uma fonte de exclusão e de sofrimento para os idosos que não se reconhecem nesse discurso ou não se identificam com ele" (BRANDÃO et al, 2009, p.118).

Para as autoras, vida e envelhecimento devem ser considerados como "constituídos de aspectos biológicos, sociais, políticos, econômicos e psíquicos tanto para a reflexão renovada do tema quanto para a visualização de ações que possam responder ao fato contemporâneo da expansão da longevidade humana" (BRANDÃO et al, 2009, p. 118).

Diante das inquietações com o discurso naturalizado e depreciativo da condição cognitiva e social da pessoa idosa, este trabalho traz outra vista - pressupor o envelhecer a partir da ideia de continuidade e no fluxo do devir, do reinventar-se, do transformar, da criação, que não entendemos ser privilégio de idade específica, mas característica humana que pode ser potencializada nos grupos de pessoas idosas, não por uma condição etária, mas pela possibilidade do conflito, da disputa - proporcionados pela interação e geradores de outras/novas formas de ser e pensar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há de se compreender o sentido da velhice a partir de sua potencialidade. Acima ou apesar dos percalços próprios ao envelhecer é necessário conceber a possibilidade do reinventar-se por toda a vida, o que não exclui a doença, nem tampouco o sofrimento, mas faz deles potências do existir.

Concordando com a perspectiva de Tótora (2015), compreendemos que a existência é sempre obra de arte inacabada e, portanto, a reinvenção de nós mesmos fora de qualquer concepção pré-estabelecida, neste sentido, acreditamos que os serviços oferecidos às pessoas idosas devem ter em vista a livre e inusitada criação, no lugar de deliberada e prevista receita. É preciso libertar as pessoas longevas das mesmices e opressões a que são submetidas, o restante, é com elas.

No lugar das oficinas de ocupação do ócio, atividades de lazer ou exercícios cognitivos, propomos situações desafiadoras que desloquem as pessoas idosas a outras perspectivas, que as coloque em conflito, que as contrarie que as convoque e as impulsione ao devir.

Diferente de uma lógica de ensino hierárquica que prescreve modos de pensar e se comportar, a UATI pode se constituir enquanto contexto privilegiado para a construção e vivência de novos/outros possíveis – contribuindo para que pessoas idosas descubram a si mesmas, seus impulsos e motivos mais singulares e não os ditados por uma generalizada (e equivocada) condição.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, L.H.; CACHIONI, M. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 95-119, dez. 2008. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2395>. Acesso em: 1 mai. 2021.

ANNES, L.M.B. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos que participam de grupos de terceira idade em Recife. *Revista Cuidarte, Bucaramanga: Colombia*, v. 8, n. 1, p.1499-1508, 2017.

ARAÚJO, L.F.S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, Espírito Santo, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul./set., 2013.

BRANDÃO, V.M.T. et al. Gerontologia: estado da arte, *Revista Kairós Gerontologia*, v. 12, p. 100-126, 2009.

BÚFALLO, K.S. Aprender na terceira idade: educação permanente e velhice bem-sucedida como promoção da saúde mental do idoso, *Revista Kairós Gerontologia*, v. 16, n. 3, p.95-212, jun., 2013.

BULSING, F. L. et al. A influência dos grupos de convivência sobre a autoestima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul – RS, RBCEH - *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p.11-17, jan./jun., 2007. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/112>. Acesso em 08 ago. 2021.

CACHIONI, M. Universidades Abertas à Terceira Idade como contextos de convivência e aprendizagem: implicações para o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v.15, n. 7, dez., p.23-32, 2012.

CACHIONI, M. et al. O impacto da participação em Universidade Aberta à Terceira Idade no desempenho cognitivo. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 7, p.71-87, dez, 2012.

CAMARGO, K.; VERAS, R. P. Idosos e universidade: parceria para qualidade de vida. In (orgs.). Terceira Idade: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume & Dumará, UNATI/UERJ, 1995, p. 11-27.

CANÔAS, C.S. A condição humana do velho. São Paulo: Cortez editora, 1981.
CASAGRANDE, G. H. J.; SILVA, M. F.; CARPES, P. B. M. Qualidade de vida e incidência de depressão em idosas que frequentam grupos de terceira idade. RBCEH - Revista Brasileira

de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 10, n. 1, jan./abr., p. 52-65, 2013. Disponível em: < <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.2940>>. Acesso em: 21 ago. 2021.

CORREA, M.R. Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

DEPP, C.; JESTE, D. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. American Journal of Geriatric Psychiatry, v. 14, n. 1, p. 6-20, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/16407577>> Acesso em: 27 fev. 2021.

DOLL, J. Bem estar na velhice – mitos, verdades e discursos, ou a gerontologia da pós- modernidade, RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, p. 9-21, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/60>. Acesso em: 08 fev. 2021.

GAMBURGO, L.J.L; MONTEIRO, M.I.B. Envelhecimento e linguagem: algumas reflexões sobre aspectos cognitivos na velhice, Revista Kairós Gerontologia, v. 10, n. 1, p. 35-49, jun. 2007.

GLASS, T. Assessing the success of successful aging, Annals Internal Medicine, n. 139, p. 382-383, 2003. Disponível em: <<http://annals.org/aim/article-abstract/1136293/assessing-success-successful-aging>> > Acesso em: 10 jan. 2021.

HALLEY, G.F.A. importância de experimentar o ócio para os idosos que se aposentam na hipermodernidade. In: VII Seminário do ócio e contemporaneidade, 2013, Fortaleza. Anais, UNIFOR, 2013. Disponível em <http://www.otium.net.br/index.php/2016-10-25-15-12-54/anais-do-seminario-ocio-e-contemp-oraneidade-2013?id=44>. Acesso em 02 nov. 2021.

HAMILTON, I.S. A psicologia do envelhecimento: uma introdução. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KIELING, C. et. al. Bases biológicas do envelhecimento cognitivo. In PARENTE, M.A.M.P. (Org.) Cognição e envelhecimento. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LACERDA, S. M. Universidade aberta da terceira idade: representações da velhice. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). 2009. 94p. Programa de Estudos Pós Graduaos em Gerontologia, Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LEIBING, A. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil, Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v.1, p.37-56, 1999.

LIMA, M.A. A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: UNATI/UERJ. In VERAS, R.P. et al. (org.) Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro: UERJ, UNATI, 2001, p. 33-98.

LIMA, M.P. Reformas paradigmáticas na velhice do século XXI. In KACHAR, V. (org.) Longevidade: um novo desafio para a educação. São Paulo: Cortez, 2001, p.15-26.

LOMBARDO, E.; POLIZZI, L. Ocio y Aprendizaje. Revista Kairós Gerontologia, v. 18, n. 21, p.59-69, 2015.

LOURES, M.C.; ALENCAR, J.; GOMES, L. Universidades abertas da terceira idade, História da Educação, Pelotas, v. 9, n. 17, p.119-135, abr. 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/asphe/article/view/29204>. Acesso em: 31 mai. 2021.

MARTINS, E.J.S. De volta à Escola: Investindo em uma proposta de Universidade Aberta à Terceira Idade. 1997. 220f. Tese (Doutorado em Educação)-Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 1997.

MARTINS, J.C.O.; GURGEL, L.I. Aposentação: um tempo para o desenvolvimento pessoal do idoso. In: VII Seminário do ócio e contemporaneidade, 2013, Fortaleza. Anais, UNIFOR, 2013. Disponível em <http://www.otium.net.br/index.php/2016-10-25-15-12-54/anais-do-seminario-ocio-e-contemporaneidade-2013?id=44>. Acesso em 02 nov. 2021.

MONTEIRO, C.M.B. Reflexões de uma octogenária a partir da leitura de artigos sobre envelhecimento, Revista Portal de Divulgação, n.3, p. 57-62, out. 2010. Disponível em: <https://portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/74/74>. Acesso em: 15 dez. 2020.

MONTEIRO, C.M.B.; MONTEIRO, M.I.B.; CAMARGO, F.M. O velho e os outros -memória, cuidado e qualidade de vida, Revista Portal de Divulgação, n.41, n. IV. p. 42-51, jun./jul./ago. 2014. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/460/497>. Acesso em: 15 dez. 2020.

NERI, A.L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia, 2001. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/maio2007/2congresso.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

NIETZSCHE, F. A gaia ciência. Lisboa: Guimarães, 1996.

NOGUEIRA, W.B.S.; MARTINS, C.D. O lazer na terceira idade e sua contribuição para uma melhor qualidade de vida: um estudo com idosos institucionalizados, Revista Brasileira de Ciências da Vida, v. 5, n. 2, jul., 2017. Disponível em: <<http://jornal.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/228>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

PALMA, L.T.S. Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida. Passo Fundo: UPF Editora, 2000.

PEIXOTO C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In VERAS, R. Terceira Idade: Desafios para o Terceiro Milênio. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997.

PEREIRA, E.T. O idoso e o aprendizado de uma nova língua: o descortinar de trocas sociais e afetivas. Dissertação. (Mestrado em Gerontologia Social). 2005. 225f. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

RILEY M.W.; RILEY, J.W.Jr. Age integration and the lives of older people, The Gerontologist, v. 34, n. 1, p. 110-115, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8150298>>. Acesso em: 19 mai. 2021.

ROWE, J.; KAHN, R. Successful aging, The Gerontologist, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997. Disponível em: <<https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/4/433/611033>>. Acesso em: 19 mai. 2021.

SALIS, V.D.; SUCUPIRA G.; MARTINS, C. O tempo da envelhescência. In: VII Seminário do ócio e contemporaneidade. Anais. Disponível em <<http://www.otium.net.br/index.php/2016-10-25-15-12-54/anais-do-seminario-ocio-e-contemporaneidade-2013?id=45>>. Acesso em 02 nov. 2020.

SANTOS, K. J. Experiências de ócio na terceira idade: “trampolins” para um mergulho em ânimos positivos. In: VII Seminário do ócio e contemporaneidade. Anais. Disponível em: <<http://www.otium.net.br/index.php/2016-10-25-15-12-54/anais-do-seminario-ocio-e-contemporaneidade-2013?id=44>>. Acessado em 02 nov. 2020.

SOBRAL, B. O trabalho educativo na terceira idade. Uma incursão teórico-metodológica, Textos sobre envelhecimento. UNATI/UERJ, v.3, n.5, p.67-91, 2001.

STRAWBRIDGE, W; WALLHAGEN, M.; COHEN, R. Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn, *The Gerontologist*, p. 42, n. 6, p. 727-733, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>>. Acesso em: 19 mai. 2021.

TEIXEIRA, I.N.D.O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida, *Psicologia USP*, v.19, n.1, São Paulo, p.81-94, jan./mar., 2008.

TÓTORA, S. Velhice: uma estética da existência. São Paulo: EDUC:FAPESP, 2015. VERAS, R.P. A novidade da agenda social contemporânea: a inclusão do cidadão de mais idade, *A Terceira Idade*, SESC, São Paulo, v.14, n. 28, p. 6-29, set. 2003.

A RELAÇÃO ENTRE A VULNERABILIDADE E AS CONDIÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE DAS **PESSOAS IDOSAS ASSISTIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: A SITUAÇÃO EM RECIFE/PE – UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA (2011-2021)**

TELMA MARIZA DE SOUZA FERREIRA

Mestranda do Curso de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco
– PE, telmamarizaa@gmail.com

CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA

Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica
(PPGPSI) da Universidade Católica de Pernambuco - PE, Docente e vice-coordena-
dora do PPGPSI, orientadora, cirlene.silva@unicap.br

RESUMO

O presente capítulo tem como objetivo geral, compreender a relação entre a vulnerabilidade e as condições sociais e de saúde das pessoas idosas assistidas na Atenção Primária à Saúde e Instituições de Longa Permanência (ILPI). Mais especificamente: a) em Recife/PE; b) por meio de uma revisão sistemática de literatura. Para obter os resultados, foi realizada, mediante uma busca eletrônica de estudos publicados, no período de junho de 2011 a julho de 2021, nos periódicos indexados em cinco bases eletrônicas de dados nacionais e internacionais, a saber: PubMed, Scielo, BVS/Psi (Biblioteca Virtual em Saúde de Psicologia), Lillacs, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). As palavras-chave utilizadas para a busca foram controladas pelos descritores do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. Os principais resultados, corroboram com a existência entre vulnerabilidade e as condições sociais e de saúde das pessoas idosas que são assistidas na Atenção Primária à Saúde e Instituições de Longa Permanência (ILPI). Nesse sentido, diante das limitações dessa pesquisa, compreende-se a importância de estudos que aprofundem a temática elencada, no afã de contribuir com a construção de estratégias que visem melhorar a qualidade de vida das pessoas 60+.

Palavras-chave: Pessoa idosa, Vulnerabilidade, Condições de saúde, Atenção Primária, ILPI (Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas).

INTRODUÇÃO

Diante do cenário do maior alcance da longevidade, no Brasil a expectativa de vida ficou em média 76,6 anos. Sendo assim, para os homens passou a ser 73,1 anos, e para as mulheres 80,1 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE, 2020). Nesse contexto, percebe-se a necessidade de um olhar ampliado e sistêmico acerca das dimensões de saúde biopsicossocial da pessoa idosa, que por viver mais, também demanda mais assistência. Desse modo, compreende-se a importância de se realizar uma análise da relação entre a vulnerabilidade e as condições sociais e de saúde das pessoas idosas assistidas na atenção primária e nas Instituições de Longa Permanência (ILPIs), pois acredita-se que dessa trilha poderá obter-se resultados que contribuam, por meio de políticas públicas, para melhorar a qualidade de vida e dignidade dos/as idosos/as. Este capítulo pretende se debruçar sobre a literatura existente, acerca dessa temática, mas fazendo um recorte específico dos/as idosos/as assistidos/as na cidade do Recife/PE. Para tanto, gostaríamos de iniciar com a conceituação dos termos que norteiam este estudo.

Pessoa idosa: "Pessoa de 65 a 79 anos de idade" (Identificador DeCS/MeSH 20174, 2021). Entretanto, o/a "idoso/a", no Brasil, é definido/a como a pessoa com 60 anos ou mais, seguindo a tendência dos países em desenvolvimento (Estatuto do Idoso: Lei nº 10741 de 1º de outubro de 2003; Política Nacional do Idoso - PNI: Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994). Já nos países desenvolvidos, é considerado idosa, a pessoa a partir dos 65 anos (NERI, 2008), tal como postulado no DeCS/MeSH (2021).

Vulnerabilidade: "Relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente" (Identificador DeCS/MeSH, 34666, 2021). A abordagem mais característica da vulnerabilidade procura desvendar como dinâmicas sociais e culturais mais abrangentes, em conexão com aspectos individuais, criam condições que acrescentam a possibilidade de certos perigos e ameaças concretizarem-se (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; RUOTTI; MASSA; PERES, 2011; MUÑOZ; BERTOLOZZI, 2011). Segundo Oviedo e Czeresnia (2015), a perspectiva analítica da vulnerabilidade elaborada propõe superar, sem negar, práticas preventivas ancoradas no

conceito do risco, e captar as interferências entre as múltiplas dimensões (aspectos individuais, coletivos e contextuais) envolvidas no processo saúde/doença.

As distintas situações de vulnerabilidade podem ser particularizadas levando-se em conta estes três componentes interligados. O individual referido a conhecimentos e informações sobre problemas específicos e as atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras, dando destaque ao viés comportamental e racional, ancorado em relacionamentos intersubjetivos. O social ou coletivo diz respeito ao repertório de temas vinculados aos aspectos contextuais, tais como: relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social. O programático ou institucional relacionado aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade, dando destaque ao saber acumulado nas políticas e nas instituições para interatuar com outros setores/atores, como: a educação, justiça, cultura, bem-estar social (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; AYRES ET AL, 2009).

Condições Sociais: "Condição social é a situação, estado ou circunstância de um indivíduo, grupo, população ou localidade, em relação à habitação, escolaridade, infraestrutura sanitária, emprego, pobreza e outros parâmetros socioeconômicos" (Identificador DeCS/MeSH, 13306, 2021). **Condições de saúde/ Nível de saúde:** "Grau em que se encontra um indivíduo ou população quanto às funções físicas e mentais..." (Identificador DeCS/MeSH, 28449, 2021);

Atenção Primária à Saúde: "É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação" (Identificador DeCS/MeSH, 11756, 2021). Também, é o nível prioritário para assistência e monitoramento da saúde da população idosa, além da sua atuação na promoção à saúde e prevenção de agravos.

Porém observa-se nesse nível de atenção um maior enfoque às doenças crônicas não- transmissíveis, especialmente hipertensão e diabetes, fazendo com que o cuidado seja fragmentado e com foco na

doença e no seu tratamento. Tornando necessária a adoção de medidas que reorganizem essa atenção de forma a contemplar ações de educação, promoção da saúde, e prevenção de agravos com enfoque para o envelhecimento e suas singularidades, assim como, a qualificação dos profissionais para garantir a saúde integral da pessoa idosa (PLACIDELII ET AL., 2020).

ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos): “Centros de assistência geriátrica de longa permanência que proporcionam supervisão e assistência nas atividades diárias e serviços de enfermagem quando necessários”. (Identificador DeCS/MeSH 6863, 2021). Historicamente têm o seu surgimento fundamentado na caridade e num atendimento básico às necessidades de vida, como ter onde se alimentar, se banhar e dormir, destinadas ao amparo dos “sem família, pobres e mentalmente enfermos” (WATANABE; DI GIOVANNI, 2009). No Brasil, a ILPI é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 (Brasil, 2005) como - instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada em em condição de liberdade e dignidade e cidadania (WATANABE; DI GIOVANNI, 2009).

Diante do exposto, a presente pesquisa, objetiva realizar uma revisão sistemática da literatura acerca do tema “A relação entre a vulnerabilidade e as condições sociais e de saúde das pessoas idosas assistidas na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência: a situação em Recife/PE – uma Revisão Sistemática da Literatura (2011-2021)”. Mais especificamente, com a seguinte pergunta de pesquisa “Qual a relação entre a vulnerabilidade e as condições sociais e de saúde das pessoas idosas, assistidas na Atenção Primária e Instituições de Longa Permanência do Recife?”.

METODOLOGIA

Este artigo trata de uma revisão sistemática de literatura, que permite identificar e buscar informações disponíveis sobre um tema específico. Assim, contribui para que se consiga extrair os principais aportes e limitações dos estudos para o campo do conhecimento, essencial para a pesquisa e a prática profissional (OSSÓ, 2014).

Essa pesquisa foi realizada mediante uma busca eletrônica de estudos publicados, no período de junho de 2011 a julho de 2021, nos periódicos indexados em cinco bases eletrônicas de dados nacionais e internacionais, a saber: PubMed, Scielo, BVS/Psi (Biblioteca Virtual em Saúde de Psicologia), Lillacs, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde).

As palavras-chave utilizadas para a busca foram controladas pelos descritores do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, e são as seguintes: “Pessoa idosa”; “Vulnerabilidade”, “Condições de saúde”, “pessoa idosa”; “atenção primária”; “ILPI (Instituição de Longa Permanência para Pessoas Idosas)”. Todos os descritores, na pesquisa, foram unidos pelos operadores booleanos “AND” e/ou “OR”.

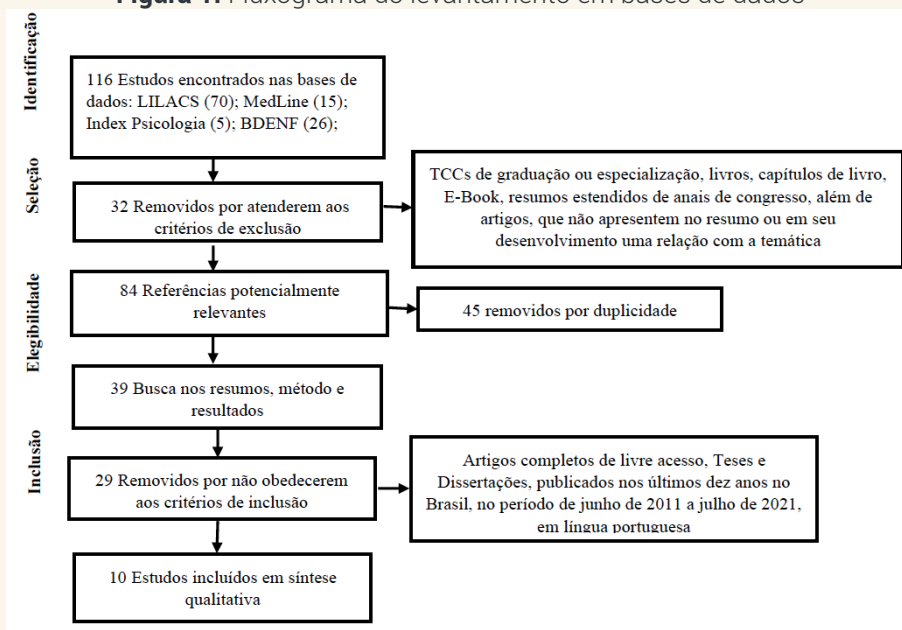
Adotou-se o seguinte critério de inclusão: os artigos a serem analisados deveriam ter sido publicados nos últimos dez anos, ou seja, no período de junho de 2011 a julho de 2021, o acesso ao artigo ser completo, gratuito, e no idioma português. Foram definidos como critérios de exclusão: TCCs de graduação ou especialização, livros, capítulos de livro, artigos de revisão sistemática ou integrativa, artigos que não apresentassem no resumo ou em seu desenvolvimento uma relação com a temática.

Para o presente trabalho, adotamos como referência a Análise de Conteúdo Temática que se baseia em realizar uma leitura crítica e aprofundada dos resultados encontrados, com o objetivo de melhor descrever e interpretar os dados da pesquisa (MINAYO, 2014).

A análise dos artigos seguiu duas etapas: 1) Leitura do título e/ou resumo de todos os documentos encontrados: quando o resumo não era claro para decidir a inclusão do estudo, o documento era lido parcialmente (método e resultados) ou na íntegra; 2) Realização da seleção dos artigos, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão, sendo todos lidos na íntegra.

A estratégia de busca dos artigos, está descrita no Fluxograma, e apresentada em detalhes na tabela 1, foram realizadas por dois juízes independentes. Na comparação dos resultados, em caso de divergência, buscou-se o consenso.

Figura 1: Fluxograma do levantamento em bases de dados



A partir das buscas nas Bases de Dados e no Portal de Periódicos e Bancos de Teses e Dissertações, foram localizados 958 estudos, dos quais 946 não atenderam aos critérios necessários, restando 11 trabalhos para análise, dentre eles, 01 dissertação, 01 tese e 9 artigos.

Base de Dados / Portais	Quantidade de publicações encontradas	Removidas por não atenderem aos critérios de inclusão	Removidas por obedecerem aos critérios de exclusão	Removidos Duplos	Artigos selecionados
PubMed	60	53	53	-	07
BVS	-	-	-	-	-
LILACS	889	888	888	-	01
PePSIC	-	-	-	-	-
SciELO	8	05	05	-	03
Total de artigos	957	946	946	-	11

De início foi encontrado na plataforma Pubmed, 35 assuntos relacionados a políticas públicas e pessoa idosa utilizando o operador booleano "OR", destas, 32 não atenderam o critério de inclusão restando apenas três para serem utilizados. Ainda na Pubmed, agora utilizando os descritores "idoso e unidade básica de saúde" aplicando

o operador booleano “AND”, foram encontrados dois textos que correspondiam aos descritores procurados, no entanto, apenas um foi utilizado, pois o outro não correspondia ao lapso temporal estipulado dentro do trabalho. Em relação aos termos ILIPs (Instituição de longa permanência), foram encontrados 53 resultados, destes, apenas 13 obedeceram ao critério de inclusão e somente 03 foram selecionados para compor o presente artigo.

Na plataforma Lilacs, utilizando os descritores: instituição de longa permanência; idoso, conectados pelo operador booleano AND, foram encontrados o total de 889, em que apenas um atendeu todos os requisitos de inclusão.

No que compreende aos descritores vulnerabilidade; pessoa idosa; atenção primária e saúde do idoso, utilizando-se o booleano AND na plataforma Scielo, foram encontrados seis artigos correspondentes ao tema, logo, foram utilizados apenas três. Ainda na mesma base de dados, foram inseridos os descritores: ILPI; Olinda e assim detectou-se apenas um trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados os resultados e discussão da literatura encontrada.

Tabela 1. Características e resultados dos 11 estudos incluídos na revisão sistemática

LOCAL DO ESTUDO, MODALIDADE DO ESTUDO, TÍTULO DO TRABALHO, AUTOR, ANO	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	TIPO DE ESTUDO E MÉTODO	RESULTADOS
Jequié – BA Artigo Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa Andrade; Sena; Pinheiro; Meira & Lira (2013) Política pública, participação cidadã	Analisar o que versam as produções científicas e os documentos legais sobre as políticas públicas para as pessoas idosas no Brasil	-	Revisão integrativa.	Os resultados demonstraram que o envelhecimento no Brasil tem ocorrido em meio a adaptações arraigadas de preconceitos culturais, discrepâncias socioeconômicas e educacionais e a implementação de políticas públicas assistencialistas.

LOCAL DO ESTUDO, MODALIDADE DO ESTUDO, TÍTULO DO TRABALHO, AUTOR, ANO	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	TIPO DE ESTUDO E MÉTODO	RESULTADOS
<p>João Pessoa, PB.</p> <p>Dissertação</p> <p>Barbosa (2015)</p> <p>Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa, Paraíba.</p> <p>Vulnerabilidade, pessoa idosa.</p>	<p>Identificar a vulnerabilidade física, social e programática entre idosos na estratégia na saúde familiar no município de João Pessoa.</p>	<p>368 idosos</p>	<p>Pesquisa descritiva de corte transversal e abordagem quantitativa.</p>	<p>A maioria apresentou autoavaliação da saúde ruim, bem como as dificuldades com a mobilidade e realização das suas atividades da vida diária.</p>
<p>Marília, SP</p> <p>Artigo</p> <p>Implementação da saúde do idoso a estratégia saúde da família: visão dos profissionais e gestores.</p> <p>Damaceno & Chireli (2019)</p> <p>Saúde do idoso; gestão em saúde; saúde da família</p>	<p>Analisar a implementação e o processo de trabalho nos cuidados ao idoso pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em município brasileiro</p>		<p>Pesquisa de campo, com coleta de dados por entrevista semiestruturada.</p>	<p>A análise do conteúdo aponta que, a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em nível municipal vem enfrentando dificuldades no processo de operacionalização das ações, relacionadas à: inexistência de ações específicas do PNSPI; ações restritas/acessibilidade, despreparo na formação profissional.</p>
<p>Belo Horizonte, MG</p> <p>Tese</p> <p>Silva (2018)</p> <p>Qualidade do cuidado da pessoa idosa com diabetes, e/ou hipertensão atendida na atenção primária à saúde.</p> <p>Atenção primária, envelhecimento demográfico.</p>	<p>Avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão acompanhada por equipes de Saúde da Família</p>	<p>20 pessoas idosas</p>	<p>Trata-se de um estudo de métodos mistos com desenho explicatório sequencial QUAN QUAL.</p>	<p>os idosos tenderam a manifestar satisfação por esses serviços, sendo uma possível explicação para essa satisfação aparentemente injustificada a presença de filtros mediadores com destaque para a "culpabilidade". Faz-se necessário, portanto, romper com o ciclo que perpetua antigas estratégias de regulação moral, as quais são social e historicamente instituídas</p>

LOCAL DO ESTUDO, MODALIDADE DO ESTUDO, TÍTULO DO TRABALHO, AUTOR, ANO	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	TIPO DE ESTUDO E MÉTODO	RESULTADOS
Curitiba, PR Artigo violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. Idoso; violência doméstica; atenção primária WanderBroocke & Moré (2013) Abordagem profissional da	Descrever a abordagem profissional da violência familiar contra idosos em uma unidade básica de saúde (UBS).	10 profissionais da UBS.	Pesquisa qualitativa, com dados coletados por meio de observação participante com registro em diário de campo e entrevistas semiestruturadas.	Os dados apontam para dificuldades dos profissionais de identificar situações de violência e crenças relacionadas à impossibilidade de enfrentá-la. Em termos institucionais, os dados indicam fatores que desfavorecem a detecção e acompanhamento dos casos como a menor ênfase no trabalho interdisciplinar e rotinas voltadas para a saúde física.
Jequié, Ba Artigo Guimarães; Brito; Pithon et al. (2019) Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. Envelhecimento, idoso, depressão, institucionalização Maceió, AL	Verificar a prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em idosos institucionalizados.	42 idosos de um ILPI	Estudo epidemiológico com delineamento transversal no período de abril a dezembro de 2014, através de questionário com informações sobre aspectos demográficos e socioeconômicos a Escala de Depressão Geriatria (EDG_15) e um miniexame do estado mental (MEEM).	O estudo verificou alta prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados, associado às variáveis presença de incontinência urinária, autopercepção de saúde (negativa), qualidade de sono (ruim).
Artigo Oliveira & Rozendo (2014) Instituição de longa permanência para idosos um lugar de cuidado para quem não tem opção? Institucionalização; instituição de longa permanência para idosos; idoso.	Compreender o significado da instituição de longa permanência para idosos institucionalizados	13 idosos institucionalizados	Pesquisa descritiva, através de entrevistas narrativa, no período de 05 de abril a 25 de maio de 2013.	O estudo permitiu concluir que a instituição aparece como um lugar ambíguo para os idosos, pois ao mesmo tempo em que os acolhe, abriga e atende suas necessidades, é um ambiente que inviabiliza a vida independente e autônoma.

LOCAL DO ESTUDO, MODALIDADE DO ESTUDO, TÍTULO DO TRABALHO, AUTOR, ANO	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	TIPO DE ESTUDO E MÉTODO	RESULTADOS
Fortaleza, CE Artigo Freitas; Guedes; Cavalcanti et al. (2014) Idosos residentes em uma instituição de longa permanência: adaptação à luz de callista ruy Adaptação, ILPI, idoso,	avaliar o processo de adaptação de idosos que buscam, voluntariamente, residir em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), na cidade de Fortaleza-CE, com base no modelo teórico de Roy.	13 idosos residentes de uma ILPI.	Pesquisa descritiva, A coleta de dados foi por meio de entrevista, nos meses de outubro e dezembro de 2011.	Estes conseguiram adaptação ao local e convivem bem com os estímulos internos e externos.
Juiz de Fora, DF Artigo Chehuen Neto; Sirimarco; Cândido et al., (2011) Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. Instituição de longa permanência para idosos; qualidade de vida; saúde do idoso institucionalizados	Obter o perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora	8 ILPIS	Estudo observacional transversal, através de entrevista estruturada com trinta perguntas aplicadas aos diretores ou responsáveis pelas instituições.	Há predominio de idosas, maioria se autossustentam e foram encaminhadas por familiares.
Macaíba, RN. Artigo Araújo; Gama; Nascimento et al. (2014). Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso Atenção Primária à Saúde, Saúde do idoso,	avaliar a qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) ofertado à pessoa idosa segundo a sua perspectiva	100 idosos de 10 Unidades básicas	O desenho metodológico utilizado foi observacional transversal. O estudo foi realizado durante o ano de 2012, no município de Macaíba.	Evidenciou-se margem para melhoria do cuidado ao idoso, sendo prioritário ampliar o foco na família, o horário de funcionamento das UBS e a diversidade na prevenção de doenças e agravos.

LOCAL DO ESTUDO, MODALIDADE DO ESTUDO, TÍTULO DO TRABALHO, AUTOR, ANO	OBJETIVOS	PARTICIPANTES	TIPO DE ESTUDO E MÉTODO	RESULTADOS
Olinda, PE Artigo Brito Angelo; Silva; Lima (2011). Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do município de Olinda-PE Instituição de Longa Permanência para Idosos; Serviços de Saúde para idosos.	Analisar a organização e funcionamento das instituições de longa permanência para idosos (ILPI) do município de Olinda-PE,	7 ILPI	Trata-se de uma pesquisa quantitativa, do tipo descritivo-exploratória, atrelado.	Diante do crescente aumento da população idosa e levando-se em consideração que a institucionalização é por vezes a única alternativa para alguns idosos, é necessário que haja uma rede bem articulada de recursos humanos e estruturais para se atender da melhor maneira possível a essa população tão peculiar.

Fonte. Acervo da autora, 2021

A relação entre a vulnerabilidade e as condições sociais e de saúde das pessoas idosas atendidas na Atenção Primária

No que diz respeito a vulnerabilidade, esta é tida como um constructo multidimensional em que condições comportamentais, socioculturais, econômicas e políticas interagem com os processos biológicos ao longo da vida. Desta forma a autora Keylla Barbosa (2015), enfatiza em seu estudo realizado em um município de João Pessoa – Paraíba, a necessidade da ampliação do cuidado integral e contextualizado na saúde do idoso por meio do reconhecimento de aspectos individuais e coletivos. A autora supracitada, coloca em seus objetivos, identificar a vulnerabilidade física, social e programática entre os idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba. Em relação a metodologia tratada, esta se baseia nos métodos de pesquisa descritiva, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizada com 368 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do referido município. A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro a abril de 2014, por meio de entrevista estruturada.

Em um outro estudo relacionado a “Qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão atendida na Atenção Primária à Saúde”, realizada por Líliam Silva (2018), ela apontou em seus objetivos, avaliar a qualidade do cuidado à pessoa idosa com diabetes e/ou hipertensão acompanhada por equipes de Saúde da Família. Através do método, mistos com desenho explanatório sequencial QUAN QUAL, em que na fase 1 do projeto, ela realizou um estudo quantitativo, com delineamento transversal (Fase 1), seguida por uma pesquisa qualitativa fundamentada na perspectiva do Construcionismo Social (Fase 2). Os dados da Fase 1 (QUAN) foram coletados entre agosto de 2014 e janeiro de 2017, e envolveu os 300 idosos participantes da primeira etapa do estudo em-DoRen, residentes em um dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Sobre as ILPIs, Freitas et al., (2014), contempla em seu artigo que, as Instituições de Longa Permanência (ILPIs) assumem, cada vez mais, maior importância social, especialmente para os indivíduos de idade avançada e algum nível de dependência. Complementando que as ILPS, apresentam aspectos singulares e determinam, mediante normas institucionais vigentes e práticas decorrentes de costumes historicamente institucionalizados. Na maioria dessas instituições, as atividades são realizadas num mesmo ambiente e sob uma única autoridade; a rotina é praticamente igual para todos (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

No que corresponde a qualidade dos aspectos negativos das ILPIs, Guimarães, Brito e Phiton (2019), expõem que a prevalência de sintomas depressivos entre moradores de ILPIs é mais elevada do que entre aqueles que moram com suas famílias. Desta maneira, a estadia na ILPI torna-se um meio de agressão, um abandono efetivo para com a pessoa idosa (WANDERBROOKE; MORÉ, 2013). Portanto, uma melhor implantação de políticas públicas relacionadas a pessoa idosa, muitas vezes se tornam ineficientes na prática do trabalho (DAMACENO ET AL, 2019; CHEHUHEN NETO ET AL., 2011).

Nesse sentido, para que exista uma melhor avaliação das políticas públicas nas ILPIs, em relação a saúde da pessoa idosa, é necessário considerar que o processo de envelhecimento leva ao comprometimento da capacidade funcional, determinando limitações para as atividades da vida diária e necessidades específicas, as quais exigem

assistência de pessoal qualificado, com conhecimento sobre a senescência e sobre a importância da manutenção e promoção da autonomia e independência do idoso.

Resultados utilizando os instrumentos

O instrumento utilizado no estudo de Keylla Barbosa (2015) incluiu a caracterização sociodemográfica, o **Vulnerable Elderly Survey** (VES-13), o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), bem como questões referentes à vulnerabilidade programática. Os dados foram compilados e analisados com o auxílio do programa estatístico **Statistical Package for the social sciences** (SPSS) versão 20.0. Realizou-se análise descritiva dos dados, regressão logística e testes de associações, considerando variável estatisticamente significativa quando $p < 0,05$. Projeto aprovado em Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob nº 0658/13. Sobre os resultados alcançados, constatou-se que a maioria dos idosos pertencia ao sexo feminino (68,8%), com faixa etária entre 60 a 69 anos (45,9%), casados (39,9%), com 4 a 8 anos de estudo (32,6%) e renda familiar de 1,0 a 3,3 salários mínimos. No que diz respeito às condições clínicas, evidenciou-se que 84% dos idosos referiram possuir três ou mais doenças, destacando-se, entre elas, os problemas de visão (21,1%), hipertensão arterial (19,2%) e varizes (13,7%). Identificou-se, no presente estudo, que 52% dos indivíduos eram fisicamente vulneráveis, com predominância do sexo feminino (72,4%) e idade entre 70 e 79 anos (BARBOSA, 2015).

Já os instrumentos utilizados por Líliam Silva (2018), resultou em elevada prevalência de doenças cardiovasculares (24,1%). Entre seus fatores de risco, destacaram-se hipertensão arterial (83,9%) e dislipidemia (82,6%), e maior frequência de simultaneidade entre 3 e 4 fatores de risco cardiovasculares (FRCV) (51,8%). Aproximadamente, metade dos participantes era dependente do serviço público de saúde (48,8%). Após análise ajustada, sexo feminino e cor de pele não branca estiveram associados com o acúmulo de FRCV no setor privado, enquanto, sexo feminino e faixa etária 65 a 74 anos no setor público. Como fragilidades na conformidade da prática assistencial, destacaram-se a avaliação do pé diabético e a solicitação de exames especializados.

A análise de correspondência múltipla identificou que a dimensão 1 separa os indivíduos quanto aos aspectos clínicos e níveis de satisfação, enquanto a dimensão 2 opõe os indivíduos com piores indicadores de resultado do cuidado. Em relação à qualidade do cuidado primário, a pontuação mediana do PACIC foi de 1,55 (IQ 1,30-2,20), e a dimensão "Modelo de atenção / tomada de decisão" apresentou melhores escores (2,33; IQ 1,50-3,00). Apesar da baixa qualidade do cuidado crônico, foi verificado alto nível de satisfação dos usuários, o que suscitou explorar qualitativamente esse achado contrastante. Após construção dos mapas, destacou-se o tema: A culpabilidade como filtro mediador: a satisfação processada e transformada. Esse tema resultou da problematização das situações vivenciadas nos serviços da APS pelo idoso cujo sentido de uso de repertórios interpretativos relacionados à culpabilidade, permitiu-lhes manifestar favoravelmente sua satisfação com esses serviços de saúde. O tema foi constituído por quatro subtemas, três deles representando um tipo de imputação de culpa feita pelo idoso e a última, expressando o resultado dessas atribuições, como possível reflexo do lugar que ocupa na atual configuração do sistema de saúde público. Certificando que, tais achados fizeram questionar sobre a existência de provável inadequacidade na qualidade do cuidado à pessoa idosa com condição crônica, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA, 2018).

A relação entre a vulnerabilidade e as condições sociais e de saúde das pessoas idosas residentes nas Instituições de Longa Permanência (ILPIS)

No que diz respeito a vulnerabilidade de pessoas idosas residentes nas instituições de longa permanência, estas instituições são compreendidas como um ambiente capaz de garantir a atenção integral às pessoas com mais de 60 anos, defendendo a sua dignidade os seus direitos. São instituições que buscam prevenir a redução dos riscos aos quais ficam expostos os idosos que não contam com uma moradia. As ILPIs surgiram no Brasil na década de 1980 e foram os primeiros locais destinados a cuidar da saúde dos idosos e a suprir suas necessidades básicas, como alimentação e moradia (CAMARANO; KANSO, 2011).

No entanto, através das ILIPs, o Estado deve investir em programas de suporte aos idosos e aos cuidadores, a fim de garantir a qualidade nos serviços prestados, além de condições de segurança e dignidade aos residentes (Ministério da Saúde, 2020). Portanto, devido a essas questões abordadas, denota-se a necessidade de mapear os estudos disponíveis sobre os idosos, com vistas a delinear o estado da arte dos problemas emergentes. Uma das dimensões mais relevantes para a compreensão do fenômeno da inserção do idoso no contexto institucional diz respeito aos motivos que deflagram a busca das ILPIs. Desta maneira, diante tal questionamento, autores como Júnia Alves-Silva, Fábio Scorsolim-Comim e Manoel Santos (2013), realizaram uma revisão crítica da literatura científica nacional a respeito dos fatores que levam um idoso a se encaminhar para uma instituição de longa permanência, ao invés de se manter em seu ambiente familiar. Também se objetivou analisar o conhecimento disponível acerca da situação de saúde e das condições de vida enfrentadas pelo idoso residente na ILPI. O método utilizado para tal pesquisa, foi o de revisão sistemática da literatura, na modalidade integrativa, que busca sumarizar resultados de pesquisas consolidadas e tirar conclusões globais a partir de um corpo de literatura de um tópico em particular, de modo a contribuir para discussões sobre métodos e resultados de pesquisa, assim como proporcionar reflexões que subsidiem a realização de futuras investigações (ALVES-SILVA; SCORSOLIM-COMIM; SANTOS, 2013).

Em um outro estudo, nomeado de “Violência no cuidado em instituições de longa permanência para idosos no Rio de Janeiro: percepções de gestores e profissionais”, realizado por Bruno Poltronieri; Edinilsa Souza e Adalgisa Ribeiro (2019) apontou que no Brasil, instituições de longa permanência para idosos, são o principal equipamento prestador de cuidados prolongados para idosos em situação de vulnerabilidade social ou fragilidade de saúde. Sobre a metodologia utilizada no presente estudo, tratou-se de estudo qualitativo que teve como objetivo analisar as percepções de gestores e profissionais de ILPIs do estado do Rio de Janeiro acerca da institucionalização, as dificuldades para garantir o cuidado preconizado e as estratégias necessárias para superar tais dificuldades.

3.2.1 Resultados utilizando os instrumentos

Alves-Silva, Scorsolim-Comim e Santos (2013), utilizaram como instrumentos, etapas para a elaboração da revisão integrativa, bem como aspectos relevantes sobre a aplicabilidade deste método para a pesquisa na saúde. Os critérios de inclusão foram: artigos indexados disponíveis nas bases LILACS e SciELO, no período de 2001 a 2011. Os descritores utilizados foram "instituição de longa permanência para idosos" e "asilo para idosos". Teses, dissertações, livros, capítulos de livros, resenhas, cartas e notícias foram excluídos, assim como os artigos que não correspondiam diretamente ao tema de interesse. Na base de dados Scielo foi encontrado um total de 38 artigos, sendo 24 a partir do descritor "instituição de longa permanência para idosos" e 14 com o uso do descritor "asilo para idosos". Já na base de dados LILACS foi encontrado um total de 356 trabalhos, sendo 303 a partir do descritor "instituição de longa permanência para idosos" e 53 com o uso do descritor "asilo para idosos". A maior parte dos estudos excluídos deveu-se ao fato de serem capítulos ou livros sobre idosos (a maior parte recuperada a partir do LILACS) ou por apenas mencionarem as ILPIs, não desenvolvendo uma investigação com foco nessas instituições.

No entanto, o instrumento utilizado por Poltronieri, Souza e Ribeiro (2019), para conseguir tais informações, foram a análise de 38 entrevistas, sendo nove com gestores e 29 com profissionais, dos quais 14 são de nível superior (três assistentes sociais, três psicólogos, três enfermeiros, duas nutricionistas, uma fisioterapeuta, uma fonoaudiólogo e uma pedagoga) e os outros 15 são de nível médio (oito técnicos de enfermagem, três cuidadores de idosos, três auxiliares de recreação e um técnico administrativo). Utilizou-se a análise de conteúdo (Bardin, 2011, p. 37), que compreende "um conjunto de técnicas de análise das comunicações" constituídas por três polos: (1) pré-análise; (2) exploração do material; e (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Para esta pesquisa, adotou-se a técnica de análise temática para a interpretação dos dados. Assim, as falas foram lidas profundamente e, em seguida, buscou-se organizar e classificar os discursos em três categorias temáticas, com base em suas similaridades: (1) violência no âmbito da institucionalização de idosos; (2)

institucionalização, um ato violento para romper com a violência da falta de cuidado; (3) desafios para garantir os cuidados preconizados.

Logo, na presente pesquisa realizada por Poltronieri, Souza e Ribeiro (2019), foi percebido através da análise das entrevistas dos gestores e demais trabalhadores das ILPIs, que algumas temáticas foram amplamente abordadas por eles, ainda que de diferentes ângulos. Ao relatar suas percepções sobre as dificuldades para garantir os cuidados ao idoso conforme preconizam as políticas e leis, muitos deles enfatizaram que o abandono familiar, a falta de capacitação dos profissionais e a própria institucionalização podem ser questões desafiadoras e mesmo agravantes dos problemas de saúde dessa população. Tais situações são por alguns deles nomeadas como violentas. Salientando que, a violência pode se fazer presente nas instituições de diversas formas, ainda que não sejam explícitas ou nem sempre possam ser enquadradas segundo sua natureza, conforme amplamente descrita na literatura dirigida em específico à pessoa idosa: violência física, financeira, psicológica, verbal, sexual e autoinfligida e negligência (Rocha, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, é possível identificar através da leitura de alguns artigos, que, o crescente envelhecimento populacional requer adequação dos serviços de saúde por meio do cuidado integral e contextualizado, através do reconhecimento das necessidades individuais e coletivas desse segmento populacional. Para tanto, o presente estudo permitiu identificar a vulnerabilidade física, social e programática entre a população idosa, verificando associação entre as características sociodemográficas e clínicas com as diferentes dimensões que compõem a vulnerabilidade. Ressaltando que, no estudo realizado por Keylla Barbosa (2015), foram identificados que 68,8% dos idosos eram do sexo feminino, com faixa etária predominante entre 60 a 69 anos (45,9%), casados (39,9%), com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo (32,6%) e renda familiar entre 1,0 a 3,3 salários mínimos (80,3%). Em relação às características clínicas, evidenciou-se que 44% dos idosos avaliaram sua saúde como razoável e 84% apresentaram três ou mais problemas de saúde, destacando-se: problemas de visão

(21,1%), hipertensão arterial (19,23%), varizes (13,73%) e reumatismo (11,12%). O presente estudo revelou que 52% dos idosos estavam fisicamente vulneráveis. Destes, 72,4% pertenciam ao sexo feminino, com faixa etária entre 70 a 79 anos (41,1%), viúvos (50,5%), sem escolaridade (37,5%) e com renda familiar entre 1,0 a 3,3 salários mínimos (79,6%). Ao se estabelecer relação entre a presença de vulnerabilidade física e problemas de saúde autorreferidos, verificou-se associação estatisticamente significativa entre varizes, reumatismo, problemas de memória e de audição. Ademais, os idosos que se apresentaram fisicamente vulneráveis possuíam percepção da saúde como ruim ou regular (59,9%), dificuldades na mobilidade e para a realização das atividades da vida diária. No tocante à dimensão social, observou-se que 80% dos indivíduos entrevistados residiam em áreas de baixo índice de vulnerabilidade social.

Ao analisar a população estudada conforme os domínios da vulnerabilidade, pôde-se compreender as diferentes dimensões e especificidades que influenciam a saúde do idoso. Caracterizado como um fenômeno multifacetado, o envelhecimento é influenciado por um conjunto de condições físicas, sociais e de acesso aos serviços de saúde. Com relação ao estudo de Poltronieri, Souza e Ribeiro (2019), é válido frisar que, o Ministério Público, eles também demonstram similaridades nas percepções de que a institucionalização por si só, pode ser uma violência, de que as políticas públicas têm aspecto retórico e pouco prático, e de que há necessidade de apoiar as famílias na difícil tarefa de, mesmo sem as mínimas condições, ter que cuidar do idoso.

REFERÊNCIAS

ALVES-SILVA, JD; SCORSOLIM-COMIM, F; SANTOS, M.A. **Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde**, 2013.

ANDRADE, L.M; SENA, E.L.S; PINHEIRO, G.M.L. et al. Políticas públicas para pessoas idosas do Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. Saúde colet.** v.18, n.12, 2019.

ARAÚJO, L.U.A; GAMA, Z.A.S; Nascimento, F.L.A; Oliveira, H.F.V; et al. Avaliação da qualidade de vida da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. Saúde colet.** v.19, n.8. p.3521-22, 2014.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas em Saúde. Novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. (Organizadores). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 2, p. 121-43, 2009.

BARBOSA, K.T.F. **Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa, Paraíba**. (dissertação). Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências e Saúde, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto do Idoso**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO ANGELO, B.H; SILVA, D.I.B; LIMA, M.A.S. Avaliação das instituições de longa permanência para idosos do Município de Olinda-PE. **Rev. bras. geriat. gerontol**. Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.663-664, 2011.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com os idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In A. A. CAMARANO (Ed.), **Cuidados de longa duração para a população idosa: Um novo risco social a ser assumido?** (pp. 93-122). Rio de Janeiro, RJ: Fundação Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

CHEHUEN NETO, J.A; SIRIMARCO, M.T; BARBOZA, D.F; et al. Perfil epidemiológico dos idosos institucionalizados em Juiz de Fora. **HU Revista**, Juiz de Fora, v.37, n.2, p.207-16, 2011.

DAMACENO, M.J.F.C; CHIRELLI, M.Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciênc. Saúde colet**. v. 24, n. 5, 2013.

DIARIO DE PERNAMBUCO. **Programação do dia internacional da pessoa idosa acontece no Recife**, 2019. Recuperado em: www.diariodepernambuco.com.br/noticia/vidaurbana/2019/09/programacao-do-dia-internacional-da-pessoa-idosa-acontece-no-recife-ne.html. Acesso em: julho de 2021.

FREITAS, M.C; GUEDES, M.V.C; GALIZA, F.T; Et al. Idosos residentes em uma instituição de longa permanência: adaptação à luz de Callista Roy. **Rev.Bras. Enferm**. v.67, n.6, p.905-12, 2014.

GUIMARÃES, L.A; BRITO, T.A; PITHON, K.R ET AL. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituições de longa permanência. **Ciênc. Saúde colet.** v.24, n.9, 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPI),** 2020. MUÑOZ, A.I.; BERTOLOZZI, M. R. Operacionalização do conceito de vulnerabilidade à tuberculose em alunos universitários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v16, n.2, p.669-75, 2011.

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.773-9, 2014.

OVIEDO, R.A.M.; CZERESNIA, D. O. **Conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial.** **Interface**, v.19, n.53, 2015.

ROCHA, C. Violência contra idosos. In: SOUZA, A. C. S. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece.** Brasília, DF: Centro de Estudos de Direito Econômico e Social. p. 81-102, 2017.

SILVA, L.B. **Qualidade do cuidado da pessoa idosa com diabetes, e/ou hipertensão atendida na atenção primária à saúde.** (tese). Belo Horizonte, 2018.

WANDERBROOKE, A.C.N.S; MORÉ, C.L.O.O. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. **Cad. Saúde pública.** v.29, n.12, 2013.

A PSICOGERONTECNOLOGIA COMO COADJUVANTE NA PROMOÇÃO DA INTERGERACIONALIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

RODRIGO DE OLIVEIRA AURELIANO

Especialista em Gerontologia pela Universidade Católica de Pernambuco – PE,
rodrigoaureliano@hotmail.com;

ELBA CHAGAS SOBRAL

Especialista em Gerontologia pela Universidade Católica de Pernambuco – PE,
elba.sobral01@gmail.com;

CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

Dr.^a em Psicologia pela Universidade de Brasília – DF, cristina.msbd@gmail.com;

RESUMO

O objetivo geral deste capítulo foi descrever, utilizando-se de um relato de experiência, de forma prática a temática da Psicogerontecnologia. Entende-se que o tema abrange as questões relacionadas ao processo de envelhecimento, transpassado pelos elementos psicológicos e tecnológico, na produção de experiências, relacionamentos e vivências das pessoas idosas em múltiplos contextos. Utilizou-se como método uma revisão da literatura clássica e contemporânea, além de um amplo recorte de artigos disponíveis em portais e bibliotecas digitais sobre o tema. Especificamente buscou-se relacionar a psicogerontecnologia com a promoção da intergeracionalidade e transgeracionalidade que ocorre entre avós e netos. Como conclusão, percebeu-se que a utilização da tecnologia pode atuar como coadjuvante nas relações entre gerações e especificamente na produção de experiências, proporcionando apoio na manutenção dos vínculos intergeracionais.

Palavras-chave: Intergeracionalidade, Transgeracionalidade, Avosidade, Avós, Netos.

INTRODUÇÃO

A investigação sobre a temática psicogerontecologia e seus desdobramentos é de emergente importância na contemporaneidade, principalmente quando pensamos nos idosos e nas relações biopsicossociais em que estão inseridos.

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. (...) A saúde é a condição central para o envelhecimento ser bem-sucedido. Cuidar do psicológico, da sexualidade, do físico, do mental e do espiritual, tudo isso se resume em saúde, compromisso ativo com a vida. (CAVALCANTI, 2019, p. 200-201)

Este capítulo tem como objetivo geral promover a temática da psicogerontecologia e seus desdobramentos, buscando contribuir com a melhoria da qualidade de vida do idoso. Pretende, especificamente, apontar qual o papel dos avós na transmissão do legado entre gerações, como ocorre a promoção da intergeracionalidade, além de refletir sobre o uso da tecnologia nas relações familiares entre avós e netos, explicando os conceitos e relacionando-os com um relato de experiência.

O olhar interdisciplinar é importante quando propomos observar o envelhecimento no curso da vida. Papaléo Netto (2016) diz que existem diferentes áreas nas quais se faz necessária a visão interdisciplinar, entre elas as relações sociais, biológicas, expressões emocionais, cultura e valores. O referido autor, ainda ressalta:

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 (PAPALÉO NETTO, 2016, p.07).

Tomou-se como referência a Teoria sistêmica e utilizou-se o relato de experiência de uma avó, que é uma das autoras do artigo, para

relacionar as temáticas da intergeracionalidade, transgeracionalidade e avosidade, como elementos fundamentais para o entendimento da relação avós e netos na perspectiva psicogerontológica.

Ao longo de décadas, a abordagem de desenvolvimento humano estudada pela Psicologia tinha como enfoque central os estudos sobre a infância e adolescência, pois se acreditava que, após esta fase, o adulto atingia a maturidade e daí por diante se seguia o seu declínio. Mas, com o passar do tempo, a partir de estudos elaborados por diversas disciplinas, começou a se observar que a cultura e as interações sociais estavam imbricadas nas relações humanas e na interação entre pessoas de diferentes faixas etárias (CARDOSO, 2011, p.88).

Percebeu-se com a análise do relato que a utilização da tecnologia pode atuar como coadjuvante nas relações entre diferentes gerações, na produção de experiências, na transmissão cultural, proporcionando apoio na manutenção dos vínculos intergeracionais além da saúde mental dos sujeitos. Criando-se a possibilidade de sentimentos de pertencimento e continuidade emergirem nesta relação.

MÉTODO

O relato de experiência utilizado neste artigo foi construído a partir da vivência de uma avó e seus netos no período em que estavam em afastamento social, imposto pela pandemia do COVID-19. Obtido de forma espontânea, reflete as impressões sobre a vivência descrita na seção intitulada relato de experiência.

Na medida em que foi proposto analisar a vivência sobre o referido relacionamento com a aplicação da tecnologia de comunicação, emergiram as questões sobre a necessidade da promoção dos temas: relacionamento geracional familiar, que aqui denominamos como intergeracionalidade; a manutenção da troca geracional entre os envolvidos, transgeracionalidade; desenvolvimento dos vínculos familiares entre avó e netos; continuidade da saúde na família.

Atividades intelectuais estimulantes são aquelas que envolvem processamento ativo de informações e determinam demanda significativa em processos cognitivos de aprendizado, integração e flexibilidade mental. No

entanto, embora haja um certo consenso quanto à definição teórica do que seria uma atividade intelectualmente estimulante, na prática encontramos dificuldades para estimar a demanda cognitiva envolvida em cada atividade. (...) Algumas atividades como palavras-cruzadas e jogos de tabuleiro podem ser claramente classificadas com cognitivamente estimulantes. (APOLINÁRIO; VERNAGLIA, 2016, p.1446)

Pinto e Neri (2018) relacionam o bem-estar como fator determinante para a qualidade de vida do idoso, além da promoção da participação social, evitando o isolamento e sentimentos de solidão. Ademais, os autores ainda destacam que

Os contatos sociais podem permitir o acesso a recursos disponíveis, promover um senso de propósito, e aumentar a motivação para o autocuidado e saúde; a integração social pode aumentar o fluxo de informações relacionadas com boas práticas de saúde e encorajar o uso mais adequado de serviços de saúde; o envolvimento em atividades sociais pode desencadear uma série de reações fisiológicas benéficas para o organismo (...). (PINTO; NERI, 2018, p.1547).

Segundo Dias (2015), a vida familiar determina a qualidade da vida em sociedade. A autora também relata que a comunicação na família é um elemento influenciador no cumprimento das funções de pais, filhos, avós e netos, que lhe são próprias. Nestas funções, percebe-se a aprendizagem de valores e padrões de comportamento, assim como a manutenção do sistema familiar em equilíbrio ou desequilíbrio.

A comunicação intergeracional que ocorre entre avós e netos possibilita a manutenção dos vínculos e a troca geracional. Quando utilizada a tecnologia nesta relação dialógica, percebe-se a motivação no aprendizado do uso por ambas as gerações.

Por fim, realizou-se uma busca sobre os referidos temas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no SciELO - Scientific Library Electronic, e na plataforma *Scholar Google*, além de uma consulta à literatura clássica sobre estes temas.

INTERGERACIONALIDADE

As relações intergeracionais são os vínculos estabelecidos entre duas ou mais pessoas que pertencem a gerações diferentes possibilitando o compartilhamento de experiências (SCREMIN et al., 2020).

Côrte e Ferrigno (2018) falam que a integração social da pessoa idosa necessariamente ocorre com a integração entre gerações mais jovens. "Esta relação entre gerações chamamos de intergeracionalidade ou relação intergeracional" (NERI, 2005, p.175). "O campo da intergeracionalidade é uma área recente do conhecimento" (CORTÊ; FERRIGNO, 2018, p.1526). Assim, debater este tema é de relevante importância no estudo do funcionamento das relações familiares de maneira sistêmica.

Em Moreira (2018), tem-se que as teorias sistêmicas procuram agrupar o processo de envelhecimento de forma organizada, abrangendo além da saúde do sistema orgânico, a comunicação e a adaptação do sujeito com o ambiente em que ele vive.

O relacionamento entre diferentes gerações acontece em múltiplas relações sociais. Quando se apresenta na família, tendem a buscar o equilíbrio do sistema familiar. Neste artigo, foi observado o relacionamento intergeracional que ocorre entre avós e netos na promoção da homeostase, retroação e regulação do sistema familiar, elementos da Teoria geral dos sistemas (BERTALANFFY, 1975).

Uma das formas mais comuns de trocas intergeracionais é via coresidência. Há indicações de que no Brasil ela seja associada às melhores condições de vida dos chefes de família, o que pode beneficiar idosos e filhos. No entanto, parece que as gerações mais novas são as maiores beneficiárias (Camarano et al., 2004). Saad (2004) dimensionou a frequência com que ocorrem as transferências intergeracionais de apoio no Brasil comparando-a com algumas capitais latino-americanas. Ele concluiu que os idosos no Brasil e na América Latina em geral não apenas recebem, mas também prestam ajuda na forma de bens, serviços, dinheiro e outros, caracterizando claramente as transferências de apoio informal entre o idoso e a família como um processo de intercâmbio recíproco entre gerações. (CAMARANO, KANSO, 2016, p.63)

Sampaio (2008) nomeia os avós como os historiadores da família e sugere que estes exerçam a função de transmitir para os netos o legado familiar. Assim, percebe-se a importância do papel dos avós na construção do legado familiar.

Oliveira, Vianna e Cárdenas (2010) falam sobre a importância da troca mútua existente na relação entre avós e netos, e que esta foi reconhecida efetivamente nos anos de 1980. Este reconhecimento produziu o interesse nas relações entre gerações, na troca geracional e nas questões relacionadas à avosidade. Com isso, temos a intergeracionalidade como a relação que se promove a partir do encontro entre avós e netos, ocorrendo na comunicação, no aprendizado, no relacionamento social, no suporte ou na simples convivência na família.

Daró (2018) ressalta que as Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC's) estão cada vez mais presentes no cotidiano dos idosos e, conseqüentemente, presentes também no favorecimento de vínculos familiares. Entende-se que a comunicação por meio da tecnologia também é um elemento da promoção intergeracional na medida em que um(a) avô(ó) fala com um(a) neto(a) por meio de diferentes ferramentas de comunicação, sejam elas tecnologias de dados, voz ou texto, e o que se produz deste encontro é uma comunicação intergeracional.

Para Schuler e Dias (2020), quando as gerações se aproximam geram possibilidades de aprendizado, apoio, respeito e solidariedade, bem como a diminuição dos preconceitos mútuos.

Dias e Silva (1999) dizem que os idosos vêm apresentando uma maior permanência no papel de avós dentro das famílias devido à longevidade humana. Por sua vez, os netos têm oportunidades de conviver com os avós por um maior período e, assim, são criadas possibilidades de desenvolverem trocas de afetos e aprendizagens que, na maioria das vezes, são benéficas para ambos.

TRANSGERACIONALIDADE

"A transmissão de valores familiares é feita mais por comportamentos que por palavras: o sentido da passagem transgeracional encontra-se sobretudo em acontecimentos vividos" (SAMPAIO, 2008, p.79). A transgeracionalidade sempre existiu e sempre foi necessária

para o desenvolvimento humano. A cultura relacionada aos cuidados é considerada como um aspecto transgeracional, o cuidado é cultural, é repassado entre gerações e se repete de forma universal. (AURELIANO; SILVA, 2020, p.717).

Na convivência cotidiana com os netos, os avós se preocupam em passar para os descendentes as lições por eles extraídas de acontecimentos de suas próprias vidas (CARDOSO, 2011, p.112). Esta transmissão de vivências pode prover o entendimento de experiências passadas no sentido de resignificar as vivências negativas, proporcionando uma possibilidade de lição de vida futura para os netos.

Schuler e Dias (2019) falam sobre a necessidade da relação do sujeito com o tempo para o seu desenvolvimento em termos afetivos, cognitivos e sociais. Este tempo na família cria um cruzamento de existências que produz a transgeracionalidade. Esta é fundamental para garantir a continuidade, a adaptação, o aprimoramento e a promoção de novos e antigos modos de ser, conviver e relacionar-se.

Avós e netos possuem uma característica em comum que é a composição da tríade familiar com os pais. Entendemos que localizados nos extremos da relação nesta tríade, quando se comunicam os avós e os netos estabelecem a relação intergeracional. Os avós e os netos, em geral, possuem um tempo mais livre de obrigações em relação aos pais e este é utilizado para a criatividade, a liberdade e as trocas, tornando o tempo produtivo e propício à transmissão cultural.

Dias e Silva (1999) falam sobre as trocas de experiências entre os membros da família. Esta troca produz uma conexão entre avós e netos, pois os mais velhos estão dispostos a relatar experiências vividas e os netos se mostram abertos à escuta. Esta troca também se dá no aprendizado e ensinamento de uso das TIC's pelos avós e netos, bem como na transmissão de hábitos, cultura e segredos familiares. Dessa forma, percebe-se na grande maioria das vezes a consolidação da troca geracional e a conseqüente promoção da união e bem-estar da família. Isto ocorre, na medida em que a integração entre gerações se dá com a transmissão do legado familiar.

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. (MORIN, 2000, p.38-39)

O processo de envelhecimento é complexo e atravessado por diferentes eventos, sendo a troca geracional um dos elementos fundamentais produzidos neste contexto. Segundo Lopes et al. (2013), as redes de relacionamentos, suporte e apoio social são imprescindíveis para a promoção de saúde, além de necessárias para a inserção das pessoas longevas na sociedade. Entende-se que o apoio mútuo construído no relacionamento entre avós e netos é fundamental para a promoção da saúde na família e na qualidade de vida de todos os seus membros.

AVOSIDADE

A avosidade é definida por Oliveira, Vianna e Cárdenas (2010) como um laço de parentesco diferenciando-se essencialmente das funções materna e paterna. "Os avós mostram um amor incondicional, uma disponibilidade continuada e, acima de tudo, uma tranquilidade relacional baseada na experiência, tornando singular o seu relacionamento com os netos" (SAMPAIO, 2008, p.83).

Os estudos sobre avós cresceram consideravelmente a partir da década de 80, fruto de mudanças que vêm se configurando na família contemporânea. Atualmente, a idade em que uma pessoa se torna avô ou avó tem sido muito variada: presenciamos o surgimento de avós cada vez mais jovens, como também avós com idade cada vez mais avançadas. Há pessoas se tornando avós tanto aos 35 quanto aos 70 anos. (...) ser avô ou avó por um longo período da vida tem possibilitado uma maior convivência entre as gerações, provocando mudanças nos laços intergeracionais que, por sua vez, implicam diferenças no significado do papel desempenhado pelos avós na relação com as crianças. Portanto, ser avós com 50 ou com 80 anos mobiliza funções de afeição, energia, saberes e recursos de forma distinta (CARDOSO, 2011, p.97).

Os avós exercem influência na formação do sujeito, assim como os pais. Scremin et al. (2019) dizem que o papel dos avós na família contemporânea sofre mudanças sociais, conforme as necessidades das famílias, não se mantendo estático e limitado, assumindo diversas funcionalidades em diferentes famílias.

Araújo e Dias (2010) falam que muitos avós não medem esforços para cuidar de seus netos e os querem em sua companhia, pois eles lhes trazem alegrias, amor e um objetivo para viver. Na perspectiva dos netos, ocorre um benefício na relação de convivência com os avós no sentido da produção do afeto desenvolvido no convívio.

A relação avós e netos vai além dos cuidados, ela produz um aprendizado entre ambas as partes. Côrte e Ferrigno (2018, p.1531) afirmam:

O contato intergeracional surgiu como um processo interativo e coeducativo, em que tanto os mais velhos quanto os mais novos têm a chance de aprender e ensinar. Para as crianças, os vínculos que os unem podem ser tão fortes que nem a morte dos avós é capaz de desfazer esses laços.

Oliveira, Vianna e Cárdenas (2010, p.463) proferem que "(...) a velhice é um conceito multifatorial contemplado não apenas por transformações biológicas e cronológicas, mas também por questões sociais e culturais". As autoras supracitadas ainda dizem que se percebe na relação entre a velhice e a infância a possibilidade de entendimento sobre experiências que ainda não foram vivenciadas. Nota-se que a troca geracional é essencial para ambas as gerações.

A comunicação entre avós e netos se apresenta como elemento constitutivo de aprendizado durante o curso da vida. Esta troca de conhecimento tende ao equilíbrio da relação.

Em Neri (2005), temos o curso da vida apresentado como papéis, posições sociais, a interrelação com educação, profissão e família ao longo do tempo.

Rabelo (2016) diz que os eventos que marcam a vida pessoal dos idosos, também marcam as relações familiares e que a coesão familiar é elemento importante para o aumento do bem-estar na velhice.

O sistema familiar tem uma forma de funcionamento dada por um conjunto invisível de regras que organizam

as interações familiares. O funcionamento familiar relaciona-se com a estrutura familiar, na qual cada membro faz parte de um sistema e de subsistemas que guardam entre si relações de complementaridade e mutualidade. Os subsistemas familiares são caracterizados pelo grau de reciprocidade entre os membros, pelo equilíbrio do poder e pela qualidade afetiva dos relacionamentos. Respondem a demandas específicas associadas ao desempenho das funções conjugais, parentais, filiais e fraternas. Na estrutura familiar existe hierarquia e os níveis de poder se diferenciam segundo o subsistema ao qual pertencem. A liderança é necessária, e geralmente é assumida pelo subsistema parental. A hierarquia envolve a compreensão de como é estabelecida a relação de poder entre pessoas, subsistemas ou gerações e é fundamental para a diferenciação de papéis na família. O padrão de autoridade precisa ser flexível e adaptável ao processo de desenvolvimento dos membros da família, por exemplo, à medida que os filhos se diferenciam enquanto indivíduos e se tornam autônomos ou quando os pais tornam-se dependentes por motivo de doença física ou mental. O funcionamento familiar saudável tem como base o relacionamento igualitário do casal (equilíbrio de poder) e a superioridade dos pais sobre os filhos. (RABELO, 2016, p.1519)

O AFASTAMENTO SOCIAL

Um abrupto surgimento do vírus na sociedade causou uma pandemia social no final do ano de 2019. A Organização Mundial da Saúde, em 2020, recomendou aos países: "Preparem-se, detectem, protejam, tratem, reduzam o ciclo de transmissão, inovem e aprendam" para enfrentar a pandemia (LINHARES; ENUMO, 2020). Por isso, nos primeiros meses do ano de 2020 uma grande parcela da população iniciou um movimento intitulado de "lockdown", traduzido como um afastamento social, restringindo o convívio, inclusive, nas famílias. O curso de vida sofre interferências de eventos externos. Neri (2005, p.48) diz:

Os determinantes genético-biológicos têm um curso de ocorrências esperado para indivíduos, ou seja, são universais e relativamente independentes de circunstâncias sociais, psicológicas ou históricas. Por este motivo, são chamados de normativos graduados por idade. (...). Os eventos não normativos, que podem ser de origem biológica (Ex.: uma doença imprevista), ou social (Ex.: migração,

demissão) ou psicológica (Ex.: depressão por luto) formam uma terceira categoria e são os que não tem curso universal ou esperado.

Desde 2020, passou-se a conviver com um evento não normativo, a pandemia do COVID-19, que chegou a todos de forma surpresa e provocou na maioria das famílias crises e dificuldades nos relacionamentos devido ao isolamento social que lhes foi imposto. Assim, buscar uma alternativa para retomar o convívio social tornou-se o objetivo de muitos avós com o intuito de manter os vínculos familiares. "Pressões e tensões podem significar disfuncionalidade momentânea, mas também sinalizar uma nova e mais complexa integração" (RABELO, 2016, p.1519).

A doença COVID-19 é uma infecção viral altamente transmissível e patogênica, causada pelo novo Corona vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), que surgiu em Wuhan, na China, e se espalhou pelo mundo. Sua transmissão entre humanos ocorre através do contato próximo com uma pessoa infectada, em exposição a gotículas respiratórias ou aerossóis, tosse e espirros, após inalação pela cavidade nasal ou oral. (...) Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto de COVID-19 como a sexta Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, após H1N1 (2009), Poliomielite (2014), Ebola na África Ocidental (2014), Zika (2016) e Ebola na República Democrática do Congo (2019), passando a ser considerada uma pandemia, uma vez que ameaça muitas pessoas de forma simultânea no mundo inteiro. A estimativa atual do período médio de incubação da COVID-19 é de 6,4 dias, variando de 2,1 dias a 11,1 dias (percentil 2,5 a 97,5º). Os principais sintomas iniciais incluem febre, tosse, dor muscular e dispneia. Alguns pacientes apresentaram sintomas atípicos, como diarreia e vômito. O período entre o início dos sintomas e a morte variou de 6 a 41 dias, com mediana de 14 dias. Diversos estudos no mundo vêm sendo desenvolvidos no intuito de identificar uma forma de impedir a sua expansão. (...) Desta forma, atenção e esforços especiais para proteger ou reduzir a transmissão estão sendo aplicados em populações mais vulneráveis, como idosos, pessoas imunossuprimidas ou com doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão, e profissionais de saúde. O Ministério da Saúde preconiza as medidas de distanciamento social, etiqueta respiratória e de higienização das

mãos como as únicas e mais eficientes medidas de combate à pandemia. (OLIVEIRA et al., 2021, p.02)

“Qualquer organismo é um sistema, isto é, uma ordem dinâmica de partes e processos em mútua interação” (BERTALANFFY, 1975, p.277). A interação social no sistema familiar se dá em diferentes processos, entre elas na comunicação e na troca de experiências vividas. Eventos que alteram a homeostase da família, mesmo em partes, podem repercutir na formação, na manutenção dos vínculos e continuidade das relações.

(...) falar em sofrimento social não significa apenas ressaltar a origem social da pandemia e das estratégias de distanciamento e isolamento, mas também sublinhar as circunstâncias sociais e os sentidos oferecidos pelas culturas locais que vão mediar as experiências do próprio mal-estar e da sensibilidade pela dor do outro (WILKINSON, 2006). Além disso, as categorias clínicas com as quais a saúde mental lida podem ser descritas como categorias sociais (...) O confinamento imposto pela Covid-19, que já foi descrito como o “maior experimento psicológico do mundo” (VAN HOOFF, 2020), vem colocando à prova a capacidade humana de extrair sentido do sofrimento e desafiando indivíduos e sociedade, no Brasil e em todo o planeta, a promoverem formas de coesão que amortecem o impacto de experiências-limite na vida mental. (LIMA, 2020, p.06)

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O relato de experiência a seguir inicia-se com a vivência de uma das autoras, Elba, no papel de avó que, no contexto do isolamento social na cidade do Recife, no período entre o terceiro e sexto mês do ano 2020, passou a usar a tecnologia das videochamadas para manter a comunicação com os netos, filhos e demais familiares.

A comunicação é um ato criativo que abarca a troca de mensagens e sentimentos entre as pessoas que formam um sistema de interação e reação, ou seja, um processo que provoca mudanças na forma de perceber, sentir, pensar e atuar entre elas. Envolve todos os meios utilizados por uma pessoa para afetar o outro, podendo ser verbal,

expressa pelas palavras ditas e escritas, e não verbal (...)
(PROCHET; SILVA, 2011, p.785)

Após algumas semanas fazendo uso das TIC's, a avó percebeu que, ao tentar se comunicar com seus netos por videochamadas, estes foram evasivos e, em determinados momentos, verbalizaram "não quero", posicionando-se contra a comunicação por este meio com ela.

Bronfenbrenner (2011) aponta que eventos como este vivido na pandemia podem alterar positiva ou negativamente o desenvolvimento humano. Sem contato com os netos por um longo período, a avó buscou alternativas para manter a dinâmica do relacionamento geracional. Neri (2005, p.82) na sua obra relata sobre o paradigma do desenvolvimento no curso da vida (life- span), e salienta que os eventos de vida são considerados importantes fontes de influência em todo o processo de desenvolvimento e envelhecimento.

(...) em situações de distanciamento e isolamento, algumas formas de mal-estar são comuns, como a sensação de impotência, tédio, solidão, irritabilidade, tristeza e medos diversos (de adoecer, morrer, perder os meios de subsistência, transmitir o vírus), podendo levar a alterações de apetite e sono, a conflitos familiares e a excessos no consumo de álcool ou drogas ilícitas. Os idosos, em especial aqueles com declínio cognitivo ou demências, são identificados como particularmente vulneráveis a alterações emocionais e comportamentais (CEPEDES 2020a; IASC, 2000). No caso de crianças, podem reaparecer comportamentos já superados, como urinar na cama (enurese), chupar os dedos ou demandar dormir com os pais (CEPEDES, 2020d; OMS, 2015). Além disso, em sintonia com dados de epidemias passadas, começam a surgir evidências do aumento de casos de violência familiar, geralmente dirigida às mulheres e aos filhos, associada ao aumento do tempo de convivência em casa, à sobrecarga pelas múltiplas tarefas domésticas e à existência prévia de relações abusivas (...). (LIMA, 2020, p.05)

Assim, entendendo a necessidade de se manter participativa no desenvolvimento dos netos, a avó para a continuidade da comunicação. Em detrimento das TIC's contemporâneas, utilizou-se uma antiga tecnologia de comunicação, a carta escrita. Redigiu um texto exclusivo para seu neto primogênito e o enviou para a sua residência na forma de

uma carta endereçada para ele, com o intuito de restabelecer por meio da “novidade”, o vínculo perdido pelo afastamento social. Ressalta-se o aspecto de ser uma novidade, visto que o neto ainda não tinha recebido uma forma de comunicação semelhante.

Aprender é fundamental para entender como agir nas situações de dificuldades. Com este pensamento, a avó imaginou que a curiosidade relacionada à situação promoveria a retomada da relação que, ancorada na transgeracionalidade, produziria um novo vínculo. A tentativa foi bem-sucedida. Restabeleceu-se o vínculo intergeracional e promoveu-se a transgeracionalidade, na medida em que o neto buscou entender o objeto carta, bem como a necessidade do desenvolvimento da leitura para o uso desta forma de comunicação com a avó.

Satisfação com a vida é indicador do julgamento das pessoas a respeito da sua qualidade de vida, levando em conta valores e expectativas sociais e individuais. Esse julgamento pode ser expresso por meio de um valor numérico, quando o indivíduo escolhe o ponto de uma escala de três ou mais intensidades que melhor expressa seu julgamento a respeito de sua vida como um todo (exemplos: de 1 [a pior vida] a 10 [a melhor vida]; ou de 1 [péssima] a 5 [ótima]). Embora pareça ser simples, esse tipo de julgamento demanda considerável reflexão, pois envolve selecionar critérios ou padrões pessoais ou sociais, referenciados ao momento atual e à experiência passada. Na língua inglesa o termo mais usado é *life satisfaction*, mas parte dos pesquisadores utilizam o termo *happiness* em estudos sobre satisfação com a vida em populações. Os autores que preferem o termo “satisfação” acreditam que o termo “felicidade” reflete um conteúdo hedônico, ou seja, mais ligado à experiência emocional do que à avaliação cognitiva.(...) Baseada em uma perspectiva life-span em Psicologia, quatro explicações compõem o cenário das teorias sobre o bem-estar subjetivo na velhice: (1) a manutenção do bem-estar subjetivo depende da influência da personalidade, a qual tende a ser estável ao longo da vida; (2) na velhice, as emoções são fenômenos complexos que interagem com processos cognitivos; (3) os idosos lançam mão de estratégias acomodativas (que implicam mudar os próprios comportamentos para melhor lidar com os desafios) para compensar perdas e lidar com eventos estressantes. Entre essas estratégias acomodativas está a comparação social “para baixo”, que assume como critério de avaliação as características ou os desempenhos

de pessoa que ocupa uma posição inferior à do avaliador; (4) em face da limitação da perspectiva de tempo futuro, os idosos tornam-se mais competentes e motivados a regular suas emoções, maximizando as positivas e minimizando as negativas. (NERI; BATISTONI; RIBEIRO, 2016, p.1459)

Percebe-se a psicologia presente na necessidade de continuidade dos vínculos familiares intergeracionais como elemento da subjetividade da avó produzindo a saúde mental que Pinto e Neri (2018) ressaltam ser alcançada com a promoção da saúde emocional e afetiva na participação de atividades sociais. O entendimento acerca da transgeracionalidade é perdido em razão do afastamento social como elemento gerontológico e a comunicação retomada pelos diferentes meios como elemento tecnológico. Assim, a psicogerontologia constituiu-se na efetiva experiência descrita.

Alves (2013 apud SCHULER; DIAS, 2019) conceitua que é no âmbito intergeracional da família que seus membros se estabelecem como sujeitos produzindo desenvolvimento pessoal e familiar.

A psicogerontologia propõe a interação entre os elementos da psicologia, gerontologia e tecnologia em um mesmo contexto, assim o relato de caso buscou desvelar as áreas de atuação da disciplina em questão.

A pesquisa gerontológica têm buscado novas explicações para o paradoxo do bem-estar subjetivo na velhice, com base na exploração da dinâmica das emoções, da manifestação conjunta de emoções positivas e negativas (ou complexidade emocional) e da centralidade dos processos de regulação emocional na velhice. O modelo dinâmico dos afetos teoriza que os afetos positivos têm o potencial de mitigar os efeitos dos afetos negativos sobre a saúde física. Nesse modelo, os afetos positivos têm importante papel na preservação do bem-estar frente a estressores, porque minimizam os afetos negativos. (NERI; BATISTONI; RIBEIRO, 2016, p.1461)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a utilização da tecnologia para a comunicação não é um advento da contemporaneidade, pois, de diferentes formas, sempre foi utilizada por gerações distintas em múltiplos contextos como

no relato da carta escrita em detrimento às videochamadas. Percebe-se na contemporaneidade um aumento de tecnologias de informação e comunicação em grande velocidade. Tais tecnologias na medida em que propõem criar um modelo de comunicação entre as pessoas, tornam-se um desafio para a população idosa em relação à adaptação e ao uso.

A psicogerontologia propõe atuar nas fronteiras que se formam a partir das relações da subjetividade do idoso com a tecnologia visando à promoção de sua saúde mental e qualidade de vida. Entende-se que, sendo precursor deste olhar, o campo da temática abordada ainda é de forma conceitual incipiente. Sendo assim, há necessidade de pesquisas, debates e contextualização deste tema, visto que o mundo está em constante desenvolvimento tecnológico e a população em crescente envelhecimento. A produção de mecanismos de apoio, integração e promoção das relações sociais e familiares é determinante para a continuidade da sociedade. Com isso, o envelhecimento populacional gera constantes desafios. A utilização das novas tecnologias figura como um dos tantos obstáculos que precisam ser ultrapassados quanto à produção de experiências e promoção das relações entre as gerações. A adaptação em relação à utilização destes elementos com o objetivo da manutenção dos vínculos propicia ao idoso a continuidade das relações e possibilidade de criação de legados para as gerações futuras.

REFERÊNCIAS

APOLINÁRIO, Daniel; VERNAGLIA, Isabella; Figaro Gattá. Estilo de Vida Ativo e Cognição na Velhice. In: FREITAS, E. V.; P. Y, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 1444-1449

ARAÚJO, Cristina Pinheiro de.; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Avós guardiões de baixa renda. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 4, n. 2, 2010. p. 229–237. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapi/volume4_n2/araujo_e_dias.pdf. Acesso em: 13 jul. 2020.

AURELIANO, Rodrigo de Oliveira; SILVA, Cirlene Francisca Sales. A interdisciplinaridade pela ótica gerontológica na promoção da saúde. **E-book VII CIEH, Envelhecimento baseado em evidências: Tendências e Inovação**. Campina Grande: Realize Editora, 2021. p. 716-734. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73969>. Acesso em: 18/07/2021 22:33

BERTALANFFY, Ludiwig Von. **Teoria Geral dos Sistemas**. Rio de Janeiro: Vozes. 1975. BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

CAMARNO, Ana Amélia.; KANSO, Solange. Envelhecimento da População Brasileira | Uma Contribuição Demográfica In: FREITAS, E. V.; P. Y, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 54-65.

CARDOSO, Andréia Ribeiro. **Avós no Século XXI – Mutações e rearranjos na família contemporânea**. Curitiba: Juruá, 2011.

CAVALCANTI, Marília Borba. 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. 2019. p. 199 - 201

CÔRTE, Beltrina.; FERRIGNO, José Carlos. Programas Intergeracionais. Estímulo à Integração do Idoso às demais gerações. In: FREITAS, E. V.; P. Y, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. pp. 1526-1534.

DARÓ, Beatriz Rall. **A influência da tecnologia da informação e da comunicação sobre o vínculo avós e netos, na contemporaneidade: uma contribuição da psicanálise vincular**. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/D.47.2018.tde-24092018-095935. Acesso em: 7 jul. 2021.

DIAS, Cristina Maria de Souza Brito.; SILVA, Deusivania Vieira. Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. In: T. Féres-Carneiro (Org.). **Casal e família: entre a tradição e a transformação**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 1999. pp.118-149.

DIAS, Maria Olivia. A comunicação como processo de interação e de integração no sistema familiar – os valores. **Gestão e Desenvolvimento**, n. 23, 2015. p. 85-105. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2015.273>. Acessado em: 5 dez. 2020.

LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 30, n. 02 Acessado em: 12, set. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300214>>.

LINHARES, Maria Beatriz Martins.; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 37, e200089, 2020.

<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>. Acessado em: 5 jun. 2020.

LOPES, Marize Amorim.; KRUG, Rodrigo de Rosso.; MAZO, Giovana Zarpellon.; BONETTI, Albertina. Percepção de idosas longevas sobre atitudes positivas diante da prática de atividade física: um estudo em grupo focal. **Saúde & Transformação Social**, v. 4, n. 3, 2013. pp. 91-97.

MOREIRA, Virgílio Garcia. Biologia do envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. pp. 14-27.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro** 2ª. Edição. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: UNESCO, 2000.

NERI, Anita Liberalesso. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas, SP: Alínea, 2005. NERI, Anita Liberalesso; BATISTONI, Samila Sathler Tavares; RIBEIRO, Cristina Cristóvão. Bem-estar Psicológico, Saúde e Longevidade. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.).

Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 1458-1467.

OLIVEIRA, Alessandra Ribeiro Ventura.; VIANNA, Lucy Gomes.; CÁRDENAS, Carmem Jansen de. Avidade: visões de avós e de seus netos no período da infância. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 3, 2010. pp. 461- 474. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n3/a12v13n3.pdf>

OLIVEIRA, Lélia Mendes Sobrinho de; GOMES, Nildete Pereira; OLIVEIRA, Emanuela Santos; SANTOS, Alice de Andrade; PEDREIRA, Larissa Chaves. Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador- BA **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2021, v. 42, n. spe. Acessado em: 12, set. 2021, Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200138>>.

PAPALÉO NETTO, Matheus. Estudo da Velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 3-13.

PINTO, Juliana Martins.; NERI, Anita Liberalesso. Participação social e envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. pp. 1547-1549.

PROCHET, Teresa Cristina; SILVA, Maria Julia Paes da. Percepção do idoso dos comportamentos afetivos expressos pela equipe de enfermagem. **Jornal**

- **Escola Anna Nery**. V.15, n. 4, pp. 784-790, dez. 2011 Acessado em 21, jul, 2021, de: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400018>

RABELO, Dóris Firmino. Os Idosos e as relações familiares. In: FREITAS, E. V.; P.Y, L. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. pp. 1519-1525.

SAMPAIO, Daniel. **A razão dos avós**. 3. ed. Lisboa: Caminho, 2008.

SCHULLER, Emily.; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Entre ficção e realidade - A relação intergeracional entre bisavós e bisnetos. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 1, n. 2, 2019. p. 499-508.

SCHULER, Emily.; DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Bisavós e Bisnetos: histórias contadas e histórias vividas. **Revista Millenium**, v. 2, n.11, 2020. pp. 37-46.

SCREMIN, Ana Luiza Xavier et al. Colocar os demais autores avós que coabitam e compartilham as tarefas parentais. **Psicologia Argumento**, v. 37, n. 97, 2020. pp. 312-330. doi:<http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.37.97.A002>

COMO VIVEM AS MULHERES IDOSAS DO SUL DO BRASIL?

FRANCIELI ALINE CONTE

Doutorado em andamento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
franceliconte@yahoo.com.br

JOHANNES DOLL

Doutorado pela Universitat Koblenz Landau johannes.doll@ufrgs.br

RESUMO

Este estudo buscou desvelar as condições socioeconômicas, socio-demográficas e das práticas financeiras de mulheres idosas de sete grandes regiões do estado do Rio Grande do Sul. Os dados são oriundos do recorte de dados de uma coorte de três anos, iniciada em 2016, com dois distintos grupos: o Serviço Social do Comércio (SESC) e a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC). As participantes do SESC possuíam uma renda e escolaridade bem superior às da FASC. Em ambos os grupos, predominou o estado de viuvez, todavia, na FASC, mais de 90% delas não tinham companheiro, ou por divórcio, ou por viuvez. As mulheres do FASC em 2016, tinham uma única fonte de renda proveniente ou da aposentadoria ou pensão ou salário, enquanto 49% (n=122) do SESC possuíam mais do que uma fonte. Ambos os grupos apresentaram elevado percentual de endividamento. As mulheres da FASC, conseguiram controlar mais os seus gastos ao longo dos anos, ao reduzir o percentual de mulheres que gastavam mais do que ganhavam (29,41% para 11,76%), no SESC, além desta redução (de 11,80 para 8,11%), houve um aumento no percentual de mulheres que afirmaram gastar menos do que ganhavam (de 18,82 para 24,34%). Pode-se inferir que parte destes resultados pode ter ocorrido pela maior reflexão sobre o assunto ao participar do estudo, bem como, pela conquista da aposentadoria ou recebimento de pensão entre as mulheres da FASC.

Palavras-chave: Mulheres, Envelhecimento, Renda, Práticas Financeiras.

INTRODUÇÃO

As mulheres sempre tiveram um papel crucial na vida humana, ao exercer diversos papéis vitais, entre os quais, criação, cuidado, educação, cuidado do lar, alimentação, entre muitos outros (GARCIA, 2020) que foram sempre pouco ou não reconhecidos ao longo da história. Segundo Barros e Mourão (2018), os papéis sociais ligados à mulher nunca se limitaram a esses, todavia, por muito tempo não lhes foi possibilitado muitos direitos, entretanto, ao passo que foram adquiridos/conquistados, permitiram grandes transformações.

Um marco importante na trajetória de conquistas das mulheres foi a escolarização¹ e o alcance do ensino superior, que apesar de tardiamente (só foi possível no ano de 1879) (FERNANDES, 2019) possibilitaram a construção de carreira, ainda que desiguais entre homens e mulheres) (AGÊNCIA BRASIL, 2019), independência financeira e consequente poder de decisão sobre suas vidas (BARROS, MOURÃO, 2018). Segundo a pesquisadora Hildete Pereira de Melo, coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Gênero e Economia (PPGE) da Universidade Federal Fluminense (UFF) (AGÊNCIA BRASIL, 2019) o ano de 1991 marcou um momento histórico na escolarização feminina, onde pela primeira vez, o nível de escolaridade das mulheres superou a masculina em um ano (média de anos na escola), enquanto que, até ano de 1900, a história de escolarização feminina era quase nula, ou seja, marcada pelo analfabetismo.

Outro importante marco para as conquistas históricas femininas foram possibilitadas a partir de 1960, por meio da criação e organização dos movimentos feministas no país, os quais permitiram uma maior "liberdade" (BARROS, MOURÃO, 2018) entre as quais conquistas de direitos salariais e direitos trabalhistas. Em 1988, a Constituição Federal, por meio da Lei Orgânica da Seguridade Social- Leis 8212 e 8213 contribuíram de forma essencial para a dignidade na velhice, ao garantir um salário mínimo a esses idosos (DOLL, LIMA, CONTE, 2020),

¹ A Primeira Constituição do Brasil, em 1824, propôs o ensino primário gratuito extensivo a "todos" os cidadãos (com exceção da negra e indígena). A primeira legislação específica sobre o ensino primário ocorreu após a Independência, por meio da lei de 15 de outubro de 1827 (Lei Geral) criando as primeiras escolas de Ensino Fundamental em todo o país (FERNANDES, 2019)

de forma especial, a aqueles que ao longo de suas vidas tiveram difíceis ou precários empregos e baixos salários. Aqui é importante pontuar que esta garantia se deu até o ano de 2019, todavia, essas regras mudaram a partir da aprovação da Emenda Constitucional 103/2019, o que poderá, ao longo dos anos (décadas) colocar os idosos em situação de miséria.

A aposentadoria ou as pensões por morte do cônjuge foram uma espécie de carta de alforria e ao mesmo tempo garantia de renda fixa. Nesse sentido, a mulher idosa (mas também o homem) passou a ter mais um importante papel: o auxílio do sustento da família, ou ainda o total sustento em muitos casos (CAMARANO, 2020). Segundo Camarano (op. cit), os idosos têm mantido o sustento de pelo menos 30% dos lares brasileiros na atualidade, em especial após a chegada da pandemia e do aumento do desemprego no país.

Com a crise econômica no Brasil a partir de 2016 no Brasil (IBGE, 2018), e com o seu agravamento a partir do início do ano de 2019 pela chegada da pandemia por Covid-19, elevou-se ainda mais o desemprego de jovens ou mesmo adultos, aumentando o trabalho informal (bicos) (PNAD CONTÍNUA, 2021), tornando os idosos das famílias, os responsáveis por garantir a sobrevivência (principais provedores) segundo Camarano (2020).

Um fato importante que não devemos ignorar nesse sentido, é a centralidade do papel feminino sob as finanças, seja na fase adulta ou idosa. Embora em muitos lares o homem ainda seja o principal responsável pela chefia, sustento e controle dos gastos, ao longo das décadas (IPEA, 2016) esse papel também foi se modificando, e tem se elevado cada vez mais entre as mulheres (IPEA, 2016).

A função de chefiar a família e os gastos teve crescimento contínuo desde 1995, dados que podem ser acompanhados por meio dos dados das séries históricas (IPEA, 2016). Se pensarmos na lógica do maior número de mulheres em relação aos homens, bem como na maior expectativa de vida feminina - feminização da velhice, as mulheres seguem e seguirão sendo e tendo um importante papel como gestoras e provedoras de muitos lares.

Ao passo que os idosos se tornam "senhores e senhoras de si" pela conquista da aposentadoria ou pensões que são vitalícias, abre-se também espaço de exploração, tanto de instituições financeiras, por

meio do fornecimento de crédito, bem como dos próprios membros da família, questões que tem colocado esses idosos e idosas em frequente condição de endividamento (DOLL, LIMA, CONTE, 2020). Nesse sentido, neste estudo buscaremos retratar a situação geral do perfil sociodemográfico, socioeconômico, endividamento e práticas financeiras de mulheres de sete cidades do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Este estudo trabalhou com o recorte de dados de uma de coorte iniciada no ano de 2016 e finalizada em 2018, intitulada: "Propensão ao endividamento de pessoas idosas: um estudo sobre fatores de risco ao endividamento de pessoas idosas no Rio Grande do Sul", idealizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde investigou-se "os processos e riscos que podem levar pessoas idosas ao endividamento²".

A pesquisa foi realizada em sete cidades de diferentes regiões do estado do Rio Grande do Sul (Porto Alegre e região metropolitana; Passo Fundo; Pelotas; Caxias; Bagé; Torres; Santa Maria), com dois diferentes grupos: idosos do programa Maturidade Ativa, do Serviço Social do Comércio e Fundação de Assistência Social e Cidadania, vigente apenas na capital do estado.

A escolha dos grupos SESC se deu pela sua longa trajetória com o trabalho com idosos, além da representatividade que foi possibilitada em cada uma das diferentes regiões do Estado onde há unidades do SESC. Já o grupo FASC, apesar de estar localizado apenas em Porto Alegre-RS, foi inserido na pesquisa pela sua maior representatividade do perfil brasileiro.

Neste artigo, em específico, foram trabalhadas questões sociodemográficas, fontes de renda, endividamento e práticas financeiras por meio de questionário semiestruturado elaborados para este fim. Foi considerado para este estudo, os dados do público feminino, que foi predominante em relação ao masculino (quase 90%). De modo especial, fizemos a comparação das questões sobre práticas financeiras entre o ano inicial e o final da pesquisa.

2 A pesquisa foi financiada pelo CNPq, através do Edital CNPq MCTI/CNPQ/Universal 14/2014 e teve também auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), do Serviço Social do Comércio e da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O levantamento dos dados ocorreu por meio de entrevistas nas respectivas unidades onde os idosos estavam inseridos. Todos os dados foram digitados em um banco do software Excel e importados posteriormente para o Statistical Package for the Social Sciences - SPSS (18.0). Foram analisados dados de cunho descritivo (frequência, média e desvio padrão) e também analítico, por meio de testes de comparação de médias paramétrico ou não paramétrico, a depender da normalidade das variáveis.

O projeto teve aprovação do CEP pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o nº de parecer 1.388.383 de 14/01/2016. A pesquisa levou em consideração os aspectos éticos para a realização de pesquisa com seres humanos, obedecendo aos preceitos éticos indicados na Resolução 466/2014 e 510/2016. Todos os participantes ao entrarem no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

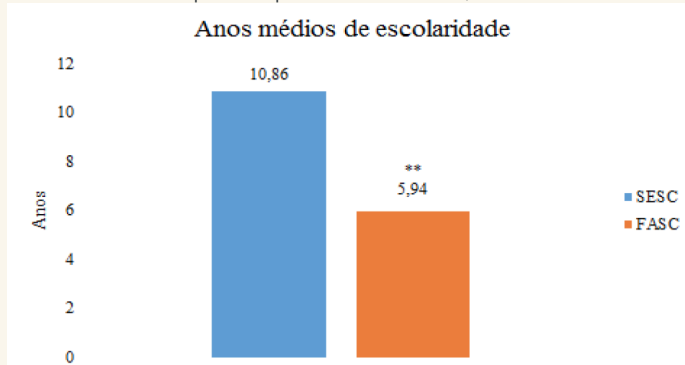
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção apresentamos o perfil sociodemográfico e econômico das participantes ao ingressarem, e também um comparativo sobre a situação financeira entre os anos de 2016 e 2018. Os primeiros dados se referem a idade, escolaridade, renda e estado civil. Em um segundo bloco, apresentamos dados referente às fontes de renda, endividamento, tipo de dívida ou formas de crédito para adquirir os bens e prática financeira, comparando os anos de 2016 e 2018.

Dados Sociodemográficos e econômicos

Participaram no primeiro ano de estudo 360 mulheres (326 do SESC e 34 do FASC), contudo essa representação foi declinando nos anos seguintes, resultando em um total de 288 no ano de 2018 (SESC=254; FASC=34). As participantes do SESC e da FASC apresentaram média de 68,25 (+7,39) e 70,47 (+ 6,55) anos de idade e 10,86 (+4,44) e 5,96 (+4,10) anos de escolaridade, respectivamente, sendo que esta última variável diferiu significativamente entre os dois grupos ($p < 0,02$), conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1. Anos que frequentou a escola, entre SESC e FASC.



** Significativo em nível de 2% pelo Teste de Mann-Whitney U ($p=0,00$)

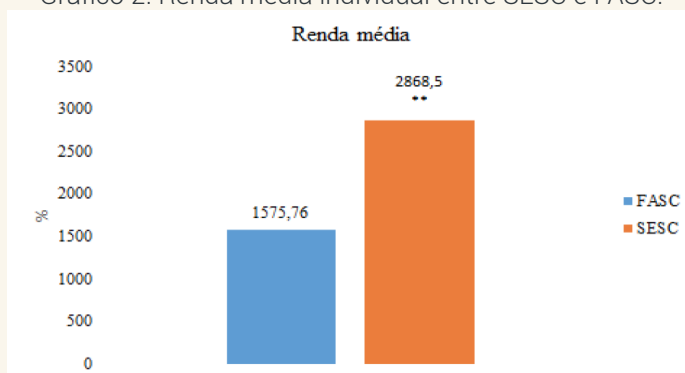
A média de escolaridade das participantes do SESC foi de quase 11 anos, que em grau de escolaridade equivale quase ao ensino médio completo, o qual está muito acima dos parâmetros do país, todavia, a maior escolaridade no SESC chegou a 20 anos (1 mulher). É importante grifar aqui que 13 mulheres referiram ter 18 anos de escolaridade e 51 mulheres referiram ter 16 anos, portanto possuem ensino superior. Na FASC, a média em anos equivale ao ensino fundamental incompleto. Todavia, neste grupo, a escolaridade máxima chegou a 16 anos (duas mulheres), entretanto os anos de escolaridade mais representativos esteve em 5 anos (7 mulheres) e 8 anos (7 mulheres).

O grupo da FASC representa mais a realidade do nível educacional geral do Brasil, onde as mulheres fazem parte de uma geração que teve poucas oportunidades de ir à escola na época, principalmente, as da zona rural (MEIRELES et al, 2007). Apesar de terem havido evoluções na questão da escolarização das mulheres não apenas no Brasil, mas de modo global (INEP, 2015), com a elevação de sete vezes no número de mulheres na ensino superior, por exemplo, ainda há feridas a que são retrato de uma época em que as possibilidade de frequentar a escola eram muito difíceis. Além disso, segundo Meireles et al (2007), há um viés cultural e social da primeira metade do século XX, em que as mulheres possuíam exclusivamente o papel de “dona de casa” e portanto não necessitavam estudar.

Quanto aos valores da renda individual das participantes nos grupos SESC e FASC encontrou-se respectivamente R\$ 2868,50 (+

2135,09) e R\$ 1575,76 (+742,68). Se nos atentarmos para os valores dos desvios padrões, as rendas do SESC, ultrapassam o valor de R\$ 5000,00, enquanto para as mulheres da FASC, a consideração do desvio padrão leva a renda para um máximo de R \$2300,00. Aqui é importante mencionar que a renda máxima atingida em cada um dos grupos foi de mais de 10 salários mínimos no SESC e entre 2 a 4 salários mínimos na FASC. Fica evidente as distinções financeiras (estatisticamente significativas) entre os grupos, cuja diferença das médias entre um e outro é de quase R\$ 1300,00 (R\$ 1292,74), conforme Gráfico 2.

Gráfico 2. Renda média individual entre SESC e FASC.



** Significativo em nível de 2% pelo Teste de Mann-Whitney U ($p=0,00$)

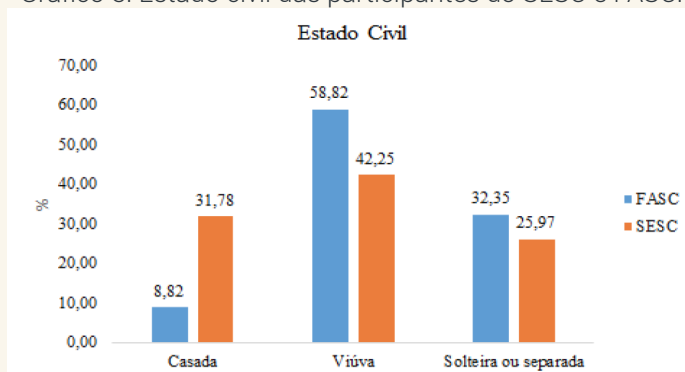
As participantes da FASC se enquadram em um perfil já mostrado em dados da PNAD (2011), e em muitos outros estudos, entre eles, a pesquisa de Duarte et al (2013), realizado com idosas no estado da Paraíba, o qual mostrou dados com muitas semelhanças no perfil demográfico desta pesquisa do sul do Brasil: média de idade das idosas foi de 73,25, escolaridade e renda de 6,48 (+6,1) anos e R\$ 1.299,38, respectivamente. Dados estes que estão muito abaixo das médias encontradas no grupo do SESC, que aponta para um melhor panorama de acesso à escolarização, e conseqüentemente, à renda individual.

A explicação para tais distanciamentos pode ser encontrada nas distintas classes a que as participantes pertencem, o lugar onde nasceram e cresceram, ou seja: meio urbano ou rural, entre tantas outras questões que permitem ou não maiores acessos e melhores condições de vida. Nas palavras de Duarte et al (2013, p. 904) "a população idosa

atual teve menores possibilidades de acesso à escola no passado, e suas oportunidades no mercado de trabalho levaram a ocuparem cargos de menor valia, especialmente as mulheres, o que vem determinar menores rendimentos e pior qualidade de vida".

No próximo gráfico é demonstrado o estado civil das mulheres. Percebe-se que no grupo do SESC um predomínio de mulheres viúvas e posteriormente de mulheres casadas, e em menor percentual, solteiras ou divorciadas. A FASC, assim como o SESC, possui maior estado de viuvez, todavia, o segundo maior percentual foi de mulheres que referiram estar separadas. Atentando-se para os dados do Gráfico 3, pode-se dizer que no grupo do SESC, cerca de 30% das participantes possuem companheiro, enquanto na FASC, mais de 90% delas não tem mais o companheiro, ou por separação ou por viuvez.

Gráfico 3. Estado civil das participantes do SESC e FASC.



O elevado estado de viuvez na mulher idosa revela uma realidade nacional do Brasil e ao mesmo tempo cultural. Conforme Camarano et al (2004), há um predomínio de mulheres viúvas no país, em parte, explicado pela maior média de vida das mulheres, em relação aos homens, mas também porque as mulheres, de modo geral, tendem a não se casar novamente, enquanto que os homens, logo buscam uma nova companheira. Para além disso, segundo a mesma autora (2003), o número de viúvas se eleva com o aumento da idade.

No estudo de Almeida et al (2015), assim como nesta pesquisa, encontrou-se um elevado percentual de mulheres sem o companheiro, cerca de 62,5% ao somar os percentuais de idosas viúvas, solteiras (2,5%) e divorciadas ou separadas (5%). Dados estes que também

retratam a adaptação das mulheres à nova condição, segundo os mesmos autores, já que, de modo geral, as mulheres são em maioria, independentes e capazes de assumir as responsabilidades financeiras sem cônjuge. No grupo da FASC, essa realidade fica muito mais evidente.

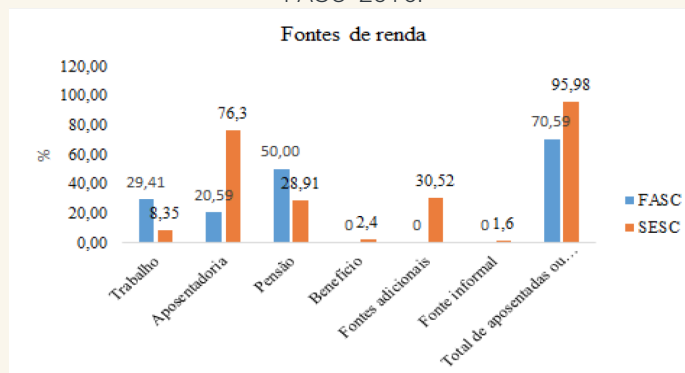
Neste estudo encontrou-se também um alto percentual de mulheres sozinhas ou divorciadas, sendo mais expressivo na FASC. Nesse aspecto é necessário lembrar que houve evoluções nas leis que regem o casamento, facilitando o divórcio, o que em décadas passadas quase não existia. O divórcio ao passar a ser um direito tem se elevado, e a decisão de separar-se parte de forma mais prevalente das mulheres (CANO et al, 2009). De acordo com Camarano (2003), o aumento da monoparentalidade, indica ao mesmo tempo que as mulheres têm capacidade de se manterem sozinhas, tornam-se as chefas de família, evento que pode indicar que há uma “ampliação da cobertura dos benefícios da Seguridade Social” e da melhoria das condições de saúde. De acordo com a pesquisadora, “as mulheres idosas apresentam, em geral, uma tendência maior a viverem sozinhas do que os homens” (p.7), e portanto, a vida sem companheiro indica não necessariamente solidão, mas sim uma escolha.

Em relação às fontes de renda (Gráfico 4) destaca-se em relação à FASC, que em 2016, 29,41% (n=10) das mulheres ainda trabalhavam e as demais eram aposentadas ou pensionistas. Já no SESC, quase 96% (n=239) delas já eram aposentadas ou recebiam pensão ou benefício, contudo, uma outra parcela que representa mais de 30% (n=76), além de ser aposentada, ou receber pensão e/ou aposentadoria, possuía outras fontes de renda adicionais a esta (formal ou não formal), como aluguel de casas e/ou apartamento e/ou terras (n= 45) ou outras fontes de renda (sem ser o aluguel) (n=31) como: renda do esposo, venda de cosméticos, venda de artesanato, costura, cuidado de netos, fisioterapeuta, professora particular, cuidadora, entre outras. Uma parcela menor, representando quase 2% (n=4) não trabalham e não eram aposentadas e nem recebiam pensão, e viviam então com o salário do cônjuge.

Chama a atenção que neste grupo da FASC, as mulheres não possuíam nenhuma outra fonte de renda além do trabalho, ou da aposentadoria ou da pensão. De modo geral, quase todas as mulheres em

ambos os grupos já tinham garantido seus direitos previdenciários pela Constituição Federal de 1988, entretanto na FASC, uma parcela importante de idosas ainda não havia se aposentado e ainda trabalhava. Nesse sentido, podemos pensar que a não aposentadoria dessas mulheres nesta fase pode indicar que estas mulheres viveram ao longo de suas vidas com trabalhos informais, ou que tardiamente passaram a conseguir contribuir para a previdência.

Gráfico 4. Fontes de renda mais prevalentes entre as participantes SESC e FASC-2016.



Aqui é importante deixar claro que do total de mulheres do grupo SESC (n=249), apenas 5 mulheres ainda não eram aposentadas e nem eram pensionistas. Já no FASC, denota-se que a principal fonte de renda foi a pensão por viuvez (50%), posteriormente a renda vinda do trabalho (essas mulheres não eram aposentadas e nem pensionistas), e em seguida, a aposentadoria. É importante lembrar que todas as participantes, de ambos os grupos, já possuíam idade igual ou superior a 60 anos.

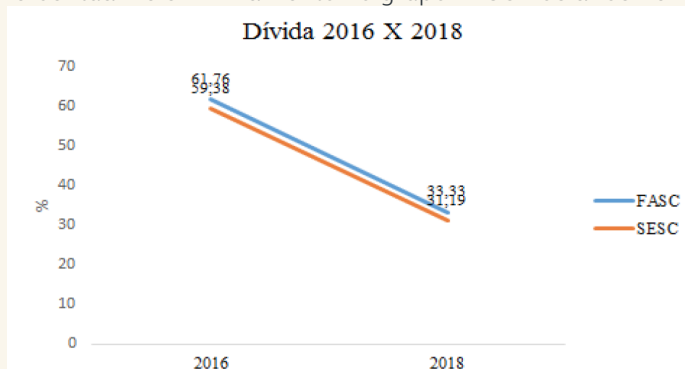
Lembramos que a FASC representa o grupo de menor renda e menor escolaridade, e portanto, a não aposentadoria pode indicar os problemas que tiveram com as questões de remuneração (a ponto de não conseguir contribuir), bem como pela própria informalidade (trabalhar em empregos sem carteira assinada). A baixa escolarização neste caso também contribuiu muito para esses trabalhos mal pagos (explorados) ou precarizados ao longo da vida e parece representar bem as idosas do FASC.

Para fins de aprofundamento, nós realizamos uma nova análise das fontes de renda do grupo da FASC no ano de 2018, e constatamos que neste período todas as 10 mulheres que não eram ainda aposentadas, passaram a receber dinheiro da aposentadoria ou ficaram viúvas e passaram a receber a pensão por viuvez. Neste grupo, uma delas se aposentou e seguiu trabalhando. De acordo com Camarano et al (2004) a aposentadoria e pensões por morte entre mulheres idosas é ainda uma forte forma de renda nesta fase, que cresceu muito desde o período de 1980, dados evidenciados neste estudo e também na pesquisa dos autores Almeida e colaboradores (2015) já mencionados anteriormente, onde 37,5% eram aposentadas e 25% pensionistas.

Endividamento e práticas financeiras

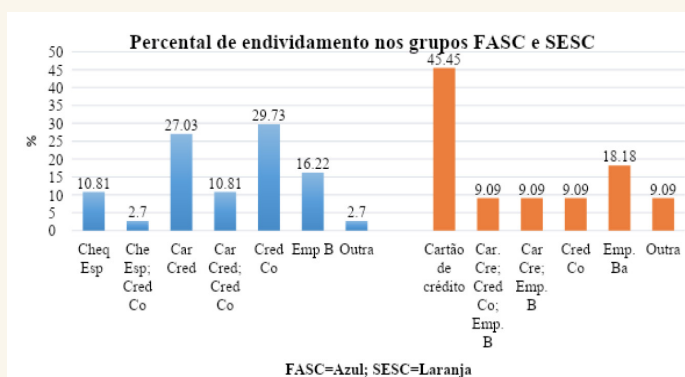
A questão sobre possuir algum tipo de dívida no momento da entrevista foi abordada e comparada entre o ano de 2016 e 2018 nos diferentes grupos, conforme o Gráfico 5. Em 2016, na FASC quase 62% das participantes responderam positivamente para a questão, todavia esse percentual declinou para cerca de 33% em 2018. De forma semelhante, o grupo SESC, em 2016, quase 60% afirmaram ter algum tipo de dívida em 2018, esse percentual passa para 31%, dados estes que possibilitam inferir que houve uma melhora na questão financeira em ambos os grupos. Destacamos nesse caso o uso de formas de crédito para adquirir bens poderia ou não estar comprometendo significativamente as suas renda.

Gráfico 5. Percentual de endividamento no grupo FASC nos anos de 2016 e 2018.



No Gráfico 6 apresentamos os principais tipos ou formas de endividamento nos grupos SESC e FASC. A maior prevalência de formas de créditos (ou dívidas) no FASC foi o cartão de crédito, representando 45,45%, seguido pelo empréstimo com banco (18,18%), enquanto no SESC, a forma mais representativa foi pelo uso do crédito consignado (29,73%) e posteriormente cartão de crédito (27,03%). Chama a atenção que no grupo FASC, 18,18% possuem mais do que uma forma de dívida ou crédito, enquanto que no grupo SESC 13,51% delas possuem mais do que uma forma de crédito (dívidas).

Gráfico 6: Tipo de dívida mais prevalente entre as participantes SESC e FASC-2016.



Cheq. Esp= cheque especial; Cred Co= Credito consignado; Car Cred= Cartão de crédito; Emp B=Empréstimo com Banco;

Na pesquisa de Rezendo e Justo (2020) o uso do cartão de crédito foi a forma mais prevalente de crédito entre as participantes da pesquisa, e representaram em média 28,63% dos gastos mensais (em faturas) entre quase 70% das participantes. Em seguida, a maior forma de crédito foi o cheque especial e o uso do crédito consignado pouco mencionado (apenas 6% (2) e 11% (4) respectivamente). A utilização de formas de crédito para adquirir bens e serviços tem crescido muito nos últimos anos, segundo os autores e, apesar de as dívidas propriamente ditas e empréstimos não terem sido muito frequentes (20%), o uso de formas de crédito mostrou-se como rotineiro, em 71% (25) das participantes.

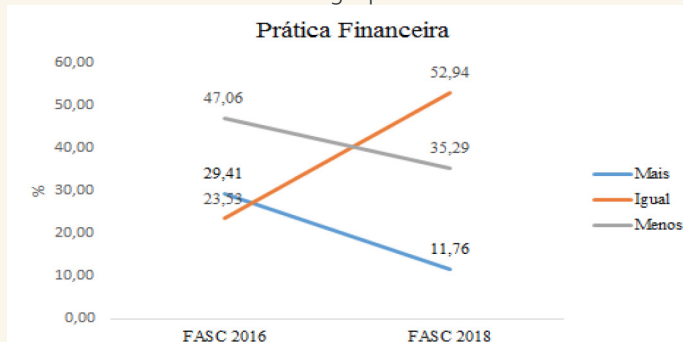
Além do estudo dos autores acima, achamos importante referenciar a pesquisa do SPC (2018), que, apesar de não considerar apenas idosos, mas "consumidores com contas em atraso há mais de três

meses, de todas as 27 capitais brasileiras, homens e mulheres, com idade igual ou maior a 18 anos, de todas as classes econômicas e escolaridades" já que a pesquisa traz importantes dados sobre a temática de modo amplo. Segundo a pesquisa, as principais formas de dívida (em atraso) mais frequentes ocorreram por meio do parcelamento no cartão de crédito (19,9%), o crediário – carnê, boleto a prazo (19,8%), uso do cheque especial (19,6%) e empréstimo pessoal em banco ou financeira (19,3%).

Outro dado importante do estudo, mostrou que a região Sul do país era a menos endividada (8%), contra a região sudeste, que foi a mais endividada (46%). Nesse sentido, de forma particular percebe-se que o percentual de endividamento das mulheres idosas nas sete cidades do estado do Rio Grande do Sul mostrou um elevado percentual de endividamento, estando muito acima da média do estado, e pode ser comparado ao endividamento de adultos jovens (média de 36 anos) da região sudeste .

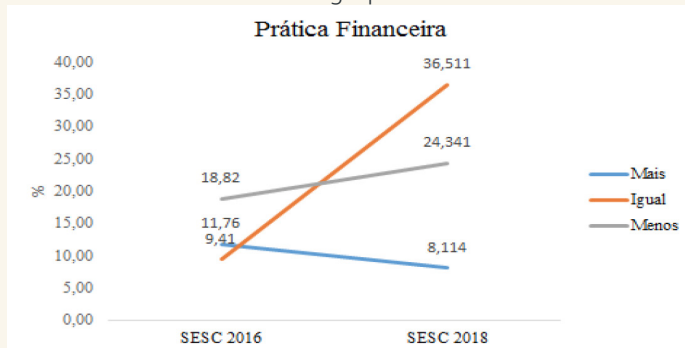
A respeito da prática financeira de controle dos gastos, nos grupos SESC e FASC (Gráficos 7 e 8, respectivamente), considerou-se três principais formas: gastar mais, gastar igual ou gastar menos do que ganha. Os dados deixam visível que o controle dos gastos foi mais dificultoso no grupo da FASC, apontando para possível melhora no último ano da pesquisa. Em 2016, quase 30% gastavam mais do que ganhava, entretanto em 2018, o percentual cai para menos da metade, em outras palavras, pode-se dizer que este grupo possuía um maior "descontrole", contudo, com o passar dos anos, passou a controlar mais. A prática de "gastar igual ao que ganha" se elevou em uma linha reta ascendente (assim como no SESC-Gráfico 8), enquanto a prática de gastar menos do que ganha declinou em quase 12%.

Gráfico 7. Prática financeira no grupo da FASC em diferentes anos.



No SESC, em 2018, o percentual de mulheres que afirmaram gastar mais do que ganhavam era de quase 12% e em 2018 passa para pouco mais de 8%, indicando assim, possível melhora sobre o controle dos gastos. Nas demais questões, evidenciou-se melhoras sobre a prática financeira na questão gastar menos, onde o percentual de mulheres passou de 18,82% para cerca de 24%.

Gráfico 8. Prática financeira no grupo do SESC em diferentes anos.



De forma visível, porém não estatística, pode-se dizer que os resultados nos gráficos do SESC e o FASC tiveram uma mesma tendência de comportamento para as práticas "Gastar igual", que se elevaram, e "Gastar mais". No FASC, apesar da melhora sobre a prática de gastar mais do que ganhava, as questões gastar igual ao que ganha e gastar menor do que ganha não foram tão favoráveis como a do SESC, resultado que pode indicar que, apesar dos esforços, as dificuldades em relação ao dinheiro seguiam.

As mudanças sobre as práticas financeiras ao longo dos anos podem indicar que a participação no estudo talvez tenha gerado um processo de reflexão sobre suas práticas financeiras, ao permitir que as participantes pensassem de modo mais profundo e concreto sobre a situação financeira em que estavam. Vários participantes mencionaram este fato durante as últimas entrevistas em 2018. Podemos inferir ainda que no caso da FASC, a melhora da renda com conquista da aposentadoria ou recebimento de pensão pode também ter contribuído para a melhora da situação financeira entre as participantes que ainda não tinham o direito garantido/conquistado no ano de 2016.

A respeito do mesmo tema, o estudo dos pesquisadores já referenciados, Rezendo e Justo, desvelou que das 35 mulheres participantes,

14,28% delas afirmaram que "gastavam mais de 100% ou mais de sua renda mensal, 30 (%-acrécimo nosso) afirmaram gastar 90%, ou menos" e em relação às dívidas, "7 (20%) declararam ter algum tipo de débito a pagar no momento da entrevista" (p.86), que mostrou estar bem abaixo dos percentuais de endividamento encontrado na nossa pesquisa. Aqui ainda chamamos a atenção para o percentual de endividamento encontrado nos grupos SESC e FASC, apesar da melhora, o percentual é ainda elevado.

Por fim, não podemos deixar de considerar que as mulheres têm tomado a frente da gerência da casa e das finanças. As dificuldades financeiras surgem em especial quando há uma baixa escolaridade concomitante com uma menor renda (SPC, 2018), dados que foram observados de forma mais prevalente no grupo da FASC. O SESC por sua vez, apesar das melhores médias de escolaridade e renda também apresentaram dificuldades financeiras e de controle dos gastos, o que por sua vez reforça que o endividamento não é uma questão isolada para as classes mais empobrecidas, mas sim, de situações que levam a necessidade de crédito ou facilidades de acesso a eles.

É importante pontuar que não aprofundamos algumas questões pontuais como o motivo da (as) dívida (s) e nem mesmo o grau de comprometimento da renda, todavia, o que podemos afirmar pelas entrevistas é que, o endividamento na maioria dos casos ocorre por questões de solidariedade financeira (empréstimo do CPF para filhos e netos), compra de itens básicos para casa ou sobrevivência, ou ainda por eventos críticos ao longo da vida, como acidentes, morte e doença.

É importante um olhar atento às mulheres idosas do Brasil, que seguem fazendo muitos papéis sociais e familiares na fase idosa, entre as quais, o cuidado dos netos, a alimentação, a contribuição e pagamento das despesas ou boa parte delas no momento atual (CAMARANO, 2020). O envelhecimento é uma fase que pode demandar maiores gastos com saúde, medicamentos, mas também, assim como em outras fases da vida, há sonhos, desejos, necessidades pessoais e sociais que dependem de dinheiro para realizar. Equilibrar tudo é uma tarefa complexa, em especial quando a renda é mínima, portanto, devemos lembrar que quando se entra em endividamento sério, pode também haver o comprometimento da saúde e percepção da qualidade de vida (RASSIAL, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo desvelou de uma forma geral a situação de vida de mulheres idosas de sete grandes cidades que representam grandes regiões do estado do Rio Grande do Sul. Ficou visível as disparidades de renda e escolaridade entre os grupos SESC e FASC, entretanto, no tocante ao estado civil percebeu-se um elevado percentual de viuvez em ambos os grupos. A FASC chamou a atenção pelo elevado percentual de mulheres sem o companheiro (91,18%), justificado por separação ou viuvez.

No que se refere às fontes de renda, ano de 2016, as participantes da FASC tinham uma fonte de renda única proveniente ou da aposentadoria ou pensão ou salário, enquanto que as participantes do SESC, em grande maioria, possuíam mais do que uma fonte de renda, em especial, a aposentadoria e pensão, ou trabalho e aposentadoria. Uma parcela importante (30%) referiu ter fontes de renda extras que vinham de aluguéis, ou de trabalho formal, ou informal, além da aposentadoria.

A aposentadoria e pensões foram as maiores fontes de renda, tanto no SESC, quanto na FASC, percebeu-se que uma parcela significativa das mulheres da FASC ainda trabalhava (quase 30%) e não eram aposentadas em 2016, evidenciando assim que, possivelmente estas tivessem maiores dificuldades no pagamento da previdência, ou que trabalharam informalmente ao longo da vida ou em uma boa parte dela. O comparativo em particular deste mesmo grupo em 2018 já mostrou um panorama melhor, ao conquistarem a aposentadoria, mas também, algumas delas passaram a ser pensionistas pela morte do cônjuge.

O estudo mostrou que independente de possuir maior ou menor renda e escolaridade, as mulheres tanto do SESC, quanto do FASC possuem um elevado percentual de endividamento, entre os quais, destacou-se o uso do cartão de crédito, todavia, na FASC, uma outra importante forma de crédito foi o crédito consignado, enquanto no SESC, a segunda maior forma de uso de crédito foi o empréstimo com banco.

No que se refere às práticas financeiras, o estudo mostrou que as mulheres mais empobrecidas e, por sinal, menos escolarizadas (FASC)

apresentaram as maiores dificuldades de controle dos gastos, contudo, ao longo dos anos, as mulheres da FASC, passaram a conseguir controlar mais os seus gastos. No SESC, além da redução do percentual de mulheres que referiram que gastavam mais do que ganhavam, houve um aumento no percentual de mulheres que afirmaram gastar menos do que ganhavam.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. Mulheres aumentam escolaridade em relação aos homens, mostra pesquisa. Publicado em 17/06/2019 - 06:26 Por Cristina Indio do Brasil - Repórter da Agência Brasil - Rio de Janeiro. 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2019-06/mulheres-aumentam-escolaridade-em-relacao-aos-homens-mostra-pesquisa>

ALMEIDA, Alessandra Vieira et al. 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, jan./jun. 2015. Disponível em: <file:///home/chronos/u-1f5ece31d57a3a40682f3f28fe678e69a7cb5690/MyFiles/Downloads/19830-Texto%20do%20artigo-86363-1-10-20150723.pdf>

BARROS, Suzane Carvalho da Vitória; MOURÃO, Luciana. Panorama da participação feminina na educação superior, no mercado de trabalho e na sociedade. *Psicologia & Sociedade*, 30, e174090, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/v6X4NdsLGPx7fmpJBCWxsdB/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 39 Semana Epidemiológica 30/25/7 a 31/7/2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/6/boletim_epidemiologico_covid_74-f_inal_6ago.pdf

BRASIL. Indicadores sobre a Situação Econômica das Mulheres no Brasil. Cap. 3. In: *GÊNERO E AUTONOMIA ECONÔMICA PARA AS MULHERES*. Caderno de Formação – Brasília: SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, MMIRDH, 2016. Disponível em: https://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2016/04/caderno_genero_autonomia.pdf

CAMARANO, Ana Amélia, Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? Nota Técnica nº 81. Rio de Janeiro: Ipea. 2020.

_____. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança. *Estudos avançados*. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18396.pdf>. Acesso em: 18/10/14.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão e. Como vive o idoso brasileiro. In: (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 25-73.

CANO, Débora Staub et al. As transições familiares do divórcio ao recasamento no contexto brasileiro. *Psicologia do Desenvolvimento. Psicologia e Reflexão Crítica*, v. 22, n. 2, p. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/NC7Q54739cMs5DdhP6qjtzK/?lang=p>

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. 2016. GEOCAPES Dados Estatísticos. Recuperado de <http://geocapes.capes.gov.br/geocapes2/>

DOLL, Johannes. Endividamento de pessoas idosa. Política sobre a dependência e Endividamento de pessoas idosas, pesquisas premiadas. Portal do Envelhecimento e Longevidade. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/politica-sobre-dependencia-e-endividamento-de-pessoas-idosas-pesquisas-premiadas/>. Acesso em: 25 fev 2021.

DOLL, Johannes; LIMA, Karen Villanova; CONTE, Franciéli Aline. Pension, debt, financial education – how ageing Brazilians survive financial challenges. *Population Horizons*, LARNA Special Issue, 2020, p. 1-11.

DUARTE, Marcella Costa Souto et al. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 6, dez de 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600014>

FERNANDES, Fernanda. A história da educação feminina. MultiRio. Reportagem 07 Março 2019. Disponível em: <http://www.multirio.rj.gov.br/index.php/leia/reportagens-artigos/reportagens/14812-a-hist%C3%B3ria-da-educa%C3%A7%C3%A3o-feminina>

FERNANDES, Maria das Graças Melo. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. v. 62, n. 5, Out 2009. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500009>

GARCIA, Carla Cristina. Notas sobre a mulher na sociedade de classes. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 29, n.1, e76731, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/76731/46687>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Pesquisa Mensal de Emprego, 2016. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/defaulttab_hist.shtm

_____. PNAD Contínua - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/multidominio/condicoes-de-vida-desigualdade-e-pobreza/17270-pnad-continua.html?=&t=series-historicas>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA-IPEA. Retrato das desigualdades de Gênero e Raça. Famílias chefiadas por mulheres, segundo cor/raça da chefe de família e localização do domicílio - Brasil e Regiões, 1995 a 2015 / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [et al.]. Brasília: Ipea, 2016. <https://www.ipea.gov.br/retrato/index.html>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. Censo da Educação Superior 2014 – Notas Estatísticas, 2015. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_superior/censo_superior/documentos/2015/notas_sobre_o_censo_da_educacao_superior_2014.pdf

MARQUES, Claudia Lima. Prevenção e tratamento do superendividamento. Escola Nacional de Defesa do Consumidor. Brasília: DPDC/SDE, 2010. Disponível em: https://www.defesadoconsumidor.gov.br/images/manuais/vol_1_prevencao_e_tratamento_do_superendividamento.pdf. Acesso em: 25 fev 2021.

MEIRELES, Viviani Camboin et. al. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Revista Saúde e Sociedade, v. 16, nº. 1, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sau-soc/v16n1/07.pdf>.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT – OECD. Gender equality in education, employment and entrepreneurship: final report to the MCM, 2012. Disponível em: <https://www.oecd.org/employment/50423364.pdf>

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS CONTÍNUA - PNAD CONTÍNUA. Principais destaques da evolução do mercado de trabalho no Brasil 2012-2020. Disponível em: https://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Principais_destaque_PNAD_continua/2012_2020/PNAD_continua_retrospectiva_2012_2020.pdf

RASSIAL, Jean-Jacques. Psicopatologia do endividamento excessivo. Ágora, v. 8, n. 2, Dez 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/mrSfWkr6bDCzmvTrQ98TLCg/?lang=pt>

RESOLUÇÃO 466 -ÉTICA EM PESQUISA. Resolução Nº 466, De 12 de Dezembro de 2012. Disponível em: <file:///D:/Documentos%20Usuario/Downloads/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 fev 2021.

ROZENDO, Adriano da Silva; JUSTO, José Sterza. Comportamento financeiro de frequentadores da universidade da terceira idade. Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento. Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 77-94, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/64994/58366>

SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO-SPC. Inadimplentes brasileiros 2018: perfil e comportamento frente às dívidas. agosto 2018. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/analise_perfil_inadimplente_2018.pdf

GERONTOPSICOMOTRICIDADE E IMAGEM CORPORAL: UM OLHAR PSICOMOTOR FRENTE AS ALTERAÇÕES RELATIVAS AO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

EVERTON WILLIAN DE OLIVEIRA CAVALCANTI

Mestrando em Educação pelo Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e Licenciado em Educação Física pela Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, ewocavalcanti@gmail.com;

GÉSSICA MARIA DUARTE DE SOUZA

Especialista em Psicomotricidade Clínica e Institucional pela Faculdade ALPHA e Licenciada em Educação Física pela Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE, gessica.mds@hotmail.com;

RUAN PERES ARAÚJO SANTANA

Especializando em Docência para Educação Tecnológica e Profissional pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia – IFRO e Bacharel em Educação Física pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, ruansantana_27@hotmail.com;

PEDRO VINÍCIUS LINS OLIVEIRA LIMA

Especializando em Fisioterapia Geriátrica e Gerontológica pelo Centro Universitário Joaquim Nabuco – UNINABUCO, Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Brasileiro – UNIBRA, plins0404@gmail.com.

RESUMO

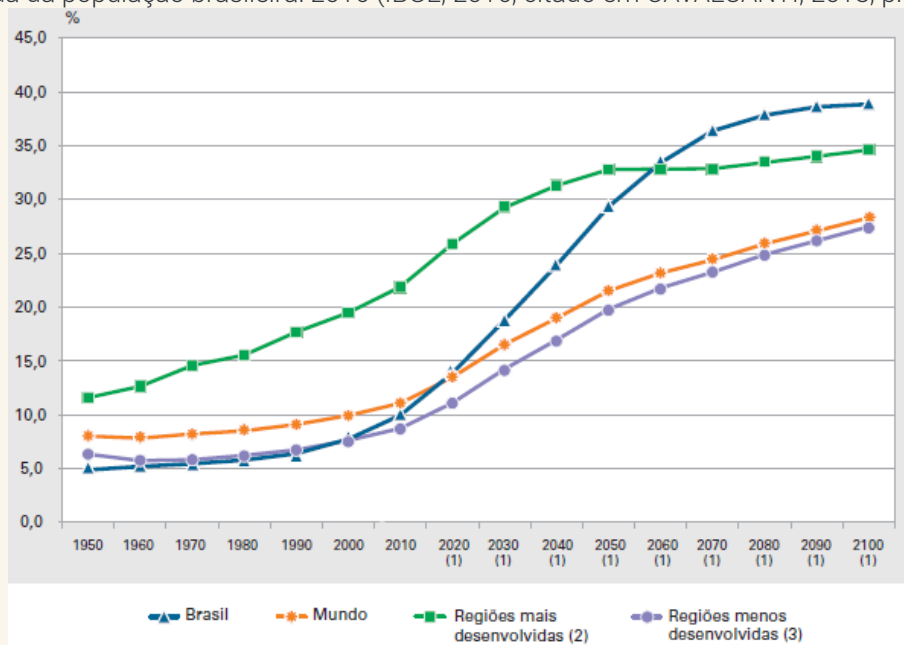
O presente artigo científico tem como objetivo analisar as possibilidades de contribuição da gerontopsicotricidade para um melhor reconhecimento da imagem corporal durante o processo de envelhecimento. Essa pesquisa se classifica como qualitativa, exploratória e bibliográfica. As vigentes alterações demográficas evidenciam uma necessidade de olhar para o público idoso a partir das mais diversas áreas de atuação, tendo em vista que o envelhecimento incide de forma ampla, complexa e randômica nos indivíduos. Um elemento psicomotor que sofre alterações em sua percepção é a imagem corporal, tendo em vista o conjunto de modificações (físicas, afetivo-emocionais, sociais, etc.) experimentadas durante o processo de envelhecimento. A gerontopsicomotricidade possibilita ao psicomotricista uma atuação progressiva, que amplia a intervenção psicomotora para além da educação psicomotora. Trazendo a luz uma abordagem de reeducação psicomotora.

Palavras-chave: Gerontopsicomotricidade; Imagem Corporal; Processo de Envelhecimento; Atuação Psicomotora; Desenvolvimento psicomotor.

INTRODUÇÃO

As recentes alterações na composição demográfica brasileira e mundial têm apontado para um aumento significativo do número de idosos (IBGE, 2016). Segundo a OMS (2005), o Brasil, em 2025, passará a ocupar a sexta posição no quantitativo de idosos a nível mundial, sendo esse um aumento expressivo, conforme apontado também na pesquisa de Cavalcanti (2018) e na figura 1 a seguir.

Figura 1. Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população total - Mundo - 1950/2100 - Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 (IBGE, 2016, citado em CAVALCANTI, 2018, p. 17).



Não apenas existem mais idosos na sociedade, mas esses idosos têm atingido idades cada vez mais avançadas, como pode ser visto inúmeras projeções, como, por exemplo, a que foi feita por Carvalho e Rodríguez-Wong (2008).

Os grupos acima de 65 anos aumentarão a taxas positivas e altas durante todo o período. Taxas de crescimento superiores a 4% são esperadas para a população de 75 anos e mais, durante grande parte da primeira metade do presente século (p. 601).

Outro dado importante a ser analisado em relação a estas transformações demográficas é a acelerada modificação da pirâmide demográfica brasileira, se comparada com outros países. O Brasil ainda não é um país com maior parcela de idosos em comparação com jovens, contudo a transição demográfica que aqui ocorre está estabelecida em um ritmo não esperado para o bloco econômico ao qual faz parte (países em desenvolvimento). Como visto na Figura 1, o IBGE (2016) aponta que em meados de 2060 o Brasil ultrapassará o ritmo de aumento da população idosas de países desenvolvidos.

As taxas de envelhecimento populacional observadas em países em desenvolvimento têm demonstrado uma velocidade que não foi verificada em países que já passaram por processo esse processo. United Nations (2015) aponta que a passagem do total de idosos de 7% para 14% na população da França levou 115 anos, na Austrália foram 73 anos, no Reino Unido 60 anos. No entanto, essa mesma mudança ocorreu na China em 34 anos, na Tailândia apenas 23 anos, e projetou-se que no Brasil levaria 25 anos para tal alteração.

Esse processo indica para uma necessidade de se olhar cada vez mais para o público idosos de forma focada e direcionada, buscando soluções para cada uma das questões relativas ao processo de envelhecimento. Alguns estudos (FREITAS e PY, 2016; OMS, 2005) têm demonstrado que uma atenção aos públicos idosos perpassa por uma compreensão holística dele, não ficando restrita a questões biomédicas.

Este olhar amplo encontra terreno na existência das mais variadas teorias que se dedicam em explicar o porquê do envelhecimento, como ele ocorre. Contudo, não é necessário entender estas teorias em uma relação dicotômica, mas sim complementar, sempre considerando as bases científicas e epistemológicas de cada uma.

A psicomotricidade, segundo a Associação Brasileira de Psicomotricidade –ABP (2018), “é a ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo”. Ela também pode ser definida como “um campo de estudo que compreende as relações entre o psiquismo e a motricidade” (FONSECA, 2008). Estas relações sustentam-se sob três aspectos: motor, cognitivo e sócio afetivo.

O desenvolvimento psicomotor deve ser considerado através de uma articulação conjunta onde, os aspectos motores, neurológicos e sócio afetivos são pertencentes do mesmo processo, considerando todas as fases da vida. Para tal, o corpo passa a ser a base de orientação no mundo, segundo Oliveira (1997), é o ponto de referência para conhecer, interagir e desenvolver-se. Durante o envelhecimento o declínio do desenvolvimento é contingente, no entanto, não deve ser arbitrário como uma influência absoluta para a estagnação das habilidades e competências do público idoso.

Tendo em vista o que foi visto até esse ponto, essa pesquisa teve por objetivo geral analisar as possibilidades de contribuição da gerontopsicoticidade para um melhor reconhecimento da imagem corporal durante o processo de envelhecimento. A fim de alcançar tal objetivo, foram estabelecidos dois objetivos específicos, a saber: Identificar as principais alterações psicomotoras do envelhecimento; Indicar recursos para a atuação do psicomotricista em face ao trabalho da gerontopsicomotricidade.

Assim, essa pesquisa crê que a retrogênese funcional, cognitiva e emocional, manifestada em conjunto ou de maneira isolada, deve contar com um olhar psicomotor para que possibilite uma maior qualidade na atenção dada ao público idoso.

METODOLOGIA

O processo de pesquisar sobre um determinado tema passa, inicialmente, pela necessidade de se estabelecer um conjunto de estratégias que possibilitem ao pesquisador identificar a melhor forma de alcançar seus objetivos. Ao considerar a pesquisa como um "procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos" (GIL, 2002, p. 17), entende-se que cada passo dado em uma pesquisa deve contribuir para a obtenção de respostas para os problemas propostos.

Partindo desse preâmbulo sobre a conceituação de pesquisa, esse estudo aqui desenvolvido, no que se refere a natureza, se identifica como uma pesquisa qualitativa, tendo em vista que não se restringe a dados numéricos e/ou de raiz estimativa (GERHARDT E SILVEIRA, 2009). É uma pesquisa que lida com a subjetividade, com valores e

elementos inerentes a complexidade humana, em concordância com o que aponta Minayo (2001) ao falar sobre a pesquisa qualitativa.

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).

No tocante a classificação da pesquisa, a mesma se situa como uma pesquisa exploratória, pois de acordo com Gil (2002) a pesquisa exploratória "têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro ou a construir hipóteses (p. 41).

Essa pesquisa se classifica ainda, em relação aos procedimentos técnicos, como uma pesquisa bibliográfica.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas (GIL, 2002, p. 44)

A decisão, nesta investigação, por realizar uma pesquisa bibliográfica considerou a experiência dos autores em trabalhos anteriores que demonstraram algumas lacunas sobre a temática velhice e esta relação com o desenvolvimento psicomotor e, sobretudo, a imagem corporal. Acredita-se, também, que é relevante contribuir no desenvolvimento de um constructo científico que possa subsidiar futuras pesquisas e atuação com as pessoas idosas.

A seleção dos materiais a serem analisados buscou contemplar autores de referência em estudos gerontológico, como Beauvoir (1970), Freitas e Py (2016) e Papalia, Olds e Feldman (2010), e estudos gerontopsicomotores, como Fonseca (2008), Sousa (2004) e Oliveira (1997; 2014).

Optou-se, ainda, por escrever os nossos achados dividindo-os em três tópicos. O primeiro, de título gerontologia e psicomotricidade, trata

de aspectos gerais sobre o processo de envelhecimento, as teorias do envelhecimento e suas classificações, as alterações relativas a este processo. Deu conta também de apresentar elementos da psicomotricidade, conceituando-os. Aqui buscamos também indicar o caráter interdisciplinar da Gerontologia.

O segundo tópico, com título gerontopsicomotricidade, trabalhou a relação entre a gerontopsicomotricidade e a teoria da retrogênese, aprofundando alguns aspectos da imagem corporal e a importância da relação entre a gerontopsicomotricidade e a imagem corporal. Por fim, o terceiro tópico, que teve como título a atuação do psicomotricista na retrogênese, se propôs a construir uma síntese do que foi identificado em nossa pesquisa, de forma a construir um procedimento de avaliação psicomotora da pessoa idosa que valorize suas especificidades, bem como ampliando os instrumentos que podem ser usados para privilegiar a avaliação da imagem corporal destes sujeitos.

GERONTOLOGIA E PSICOMOTRICIDADE

[...] a velhice surge como uma desgraça: mesmo entre os indivíduos considerados bem conservados, a decadência física por ela acarretada patenteia-se à vista de todos pois é na espécie humana que são mais espetaculares as alterações provocadas pelos anos (BEAUVOIR, 1970, p. 9-10).

A citação de Beauvoir exposta acima é de extrema validade para demonstrar uma realidade que se faz presente nas sociedades no decorrer dos anos, desde que a autora fez tal apontamento: a associação do idoso, da velhice e do processo de envelhecimento a aspectos única e exclusivamente negativos.

O processo de envelhecimento pode ser entendido e conceituado de diversas formas, dependendo de qual linha teórica se está partindo. Cavalcanti (2018), baseado em autores clássicos e contemporâneos, apresenta em seu trabalho um conjunto de conceituações e explicações para o processo de envelhecimento, apontando que o mesmo pode ser entendido basicamente a partir de três grandes linhas teóricas: teorias biológicas; teorias psicológicas; teorias sociais.

Antes de adentrar em uma breve elucidação sobre o que versam os três tipos de teorias do envelhecimento, entendemos ser relevante

esclarecer que a velhice não é doença. Hayflick (1996), um dos pioneiros da biogerontologia, indica que as alterações decorrentes do envelhecimento se manifestam, diferentemente das patologias, de formas variadas.

- 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)

As teorias biológicas versam em sua grande maioria sobre um processo que se inicia devido a uma tendência natural do corpo de envelhecer ou sobre o acúmulo de eventos que provocam o envelhecimento do organismo. As teorias psicológicas apresentam as relações do envelhecimento com alterações no funcionamento da psique do indivíduo, o que gera uma resposta diferente nas relações psicológicas. E as teorias sociais apontam como as mudanças nas relações sociais tem um rebatimento direto sobre o processo de envelhecimento (CAVALCANTI, 2018).

Para se entender a velhice, é necessário, primeiramente, compreender que ela não surgiu da mesma forma que se apresenta atualmente (LIMA; VIEGAS, 1988). No decorrer da história da humanidade a velhice foi sendo modificada, recebendo diferentes tratamento, o que se manifesta na forma como o idoso era tratado e representado. Já o idoso pode ser entendido, de acordo com Pitanga (2006), como um ser biopsicossocial que resulta do processo individual de envelhecimento pelo qual a pessoa passou. Essa categorização do que é a velhice e o idoso é importante para que se possa compreender sobre qual indivíduo se está falando nesse trabalho, entendendo as diversidades que ser idoso possui, bem como as características dessa fase da vida.

As principais alterações decorrentes do envelhecimento podem ser distribuídas, assim como as teorias, em biológicas, psicológicas e sociais.

Papalia, Olds e Feldman (2010) e Moreira (2016) apontam que algumas alterações biológicas são mais visíveis durante o processo de envelhecimento, como o esbranquiçar do cabelo, a pele torna-se mais pálida, com manchas e menor elasticidade. Ocorre também uma fragilização dos ossos de forma geral, bem como uma diminuição da estatura tendo em vista o atrofiamento dos discos intervertebrais espinhais.

Moraes, Moraes e Lima também apresentam uma breve apresentação de alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento.

As repercussões funcionais do envelhecimento fisiológico (senescência) do SNC¹² são controversas e não afetam significativamente as funções cognitivas¹³. [...] Observam-se, clinicamente, lentificação no processamento cognitivo, redução da atenção (déficit atencivo), 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).

Ainda segundo Papalia, Olds e Feldman (2010), as alterações no funcionamento sensorial e psicomotor tendem a aumentar com a idade, contudo de forma diferente para cada indivíduo, o que sugere uma maior participação de agentes exógenos, bem como relacionais e sociais.

No campo psicológico, percebe-se que os idosos podem apresentar

- dificuldade de se adaptar a novos papéis;
- 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)

No tocante as alterações sociais, é notado que há uma diminuição na participação dos idosos na sociedade (PAPALIA, OLDS e FELDMAN, 2010), bem como em sua autonomia e independência, fatores importantes para a saúde do idoso.

Sá *et al* (2016) ao debater sobre a interdisciplinaridade e a Gerontologia, afirma que historicamente esta área foi se desenvolvendo como interdisciplinar e que se tem nos estudos gerontológicos longitudinais realizados na década de 50 um marco para a confluência de diversas ciências atuando sobre um único objeto: os idosos.

Ao se dedicarem ao estudo do velho e do envelhecimento, as várias ciências rompem com as estruturas de origem e convergem para um novo espaço – a Gerontologia. Aqui ocorre a elaboração da síntese dos diferentes conhecimentos [...] Um campo transdisciplinar é composto por disciplinas de natureza distinta, com objetivos específicos e diversificados. O que assegura a coordenação e a unidade do conhecimento é o "transobjeto" e a finalidade comum. No caso da Gerontologia existe uma convergência de olhares das disciplinas, ou das lentes de análise com especificidade acurada, na busca de compreensão do ser que envelhece e do processo do envelhecimento. A unidade, então, vai se construindo por meio do que está entre, através e além de toda disciplina [...] Nesse processo, cada estudioso/profissional deixa a relação privilegiada que estabelece com o objeto, a partir de sua disciplina, ultrapassando esse paradigma tradicional e voltando-se para a construção intersubjetiva do conhecimento gerontológico (SÁ *et al*, 2016, p. 328-329).

Uma relação extremamente importante que pode ser feita visando a melhoria da vida do idoso é entre a gerontologia e a psicomotricidade. A psicomotricidade é uma ciência relativamente recente no Brasil. Documentos constam o registro de que a psicomotricidade surgiu na década de 50, num caráter mais terapêutico aplicada a pessoas com deficiência.

A partir da década de 60, o Brasil começou a utilizar as primeiras técnicas psicomotoras numa abordagem reeducativa. Somente em 1970 a psicomotricidade destacou-se de fato e, 10 anos depois, já se encontravam mais trabalhos, seminários e a realização do I Congresso Brasileiro de Psicomotricidade no país (BUENO, 1998).

Nos dias atuais, vemos o quanto a psicomotricidade vem evoluindo no Brasil, com o aumento da procura dos profissionais das áreas de saúde e educação e o desenvolvimento em si desta ciência que já dispõe de diversas outras abordagens e metodologias de atuação.

Quando usamos o termo "psicomotor", nos referimos à maneira pela qual o indivíduo se expressa no mundo. A consciência do seu próprio corpo, a significação de seus gestos, a comunicação com os outros e a sua adequação no tempo e espaço. Para entendermos muito mais a psicomotricidade temos que começar a compreender a filogênese (desenvolvimento da espécie humana) passar pela ontogênese (desenvolvimento da criança) e chegarmos à retrogênese (retrocesso do desenvolvimento humano). A psicomotricidade é a ciência do homem, considera os aspectos biológicos, antropológicos, sociológicos e culturais, respeitando a abordagem filogenética (bioantropológica) e ontogenética (psicobiológica), recapitula, acelera e qualifica o da espécie humana (SANTOS, 2013, p. 42-43).

Ainda, percebe-se que, segundo Vitor da Fonseca ao escrever o prefácio da obra de Sousa (2004),

o enquadramento científico da psicomotricidade, parte igualmente duma concepção multifacetada da unidade, subjectividade, complexidade, excepcionalidade e diversidades humanas, visando a uma caracterização filogenética, sociogenética, ontogenética, disontogenética e retrogenética, aprofundada e complexa, das suas necessidades biopsicossociais (SOUSA, 2004, p. 14).

Conforme apresentado anteriormente, esse artigo se propôs a investigar questões relacionadas a imagem corporal. Esse elemento psicomotor se caracteriza como base para os demais fatores psicomotores, como por exemplo: tonicidade; equilíbrio; esquema corporal; lateralidade; estruturação espaço-temporal; praxia global; praxia fina.

A tonicidade, segundo Sousa (2004), "[...] prepara e sustenta o movimento e determina as atividades posturais (p. 79). É uma manifestação muscular que se apresenta de forma variável tanto na intensidade quanto na distribuição. "Suas modulações diversas estão relacionadas aos estados afetivos e emocionais, conscientes ou inconscientes" (p.

79). Todo o estudo da psicomotricidade é baseado na relação do tônus com o afetivo-emocional.

O Equilíbrio parte da habilidade estabilizadora, no entanto pode manifestar-se também de maneira dinâmica. "É obtido por meio de informações visuais, labirínticas, cinestésicas e proprioceptivas integradas ao tronco cerebral e ao cerebelo" (SOUSA, 2004, p. 80).

Para Sousa (2004), o esquema corporal atua na regulação da postura e do equilíbrio e para Oliveira (1997) é "a integração da imagem corporal ao conceito de corpo em movimento, nunca se repetindo e ligando-se ao modelo postural do corpo" (SOUSA, 2004, p. 82). Já a lateralidade diz respeito a "percepção dos lados do corpo, portanto, é o elemento fundamental de relação e orientação do corpo com o mundo exterior (p. 83-84).

A estruturação espaço-temporal, segundo Souza (2018), resulta da maturação do processo de orientação espaço-temporal. "Nos conscientiza das formas de deslocamentos corporais de uma maneira contínua e perceptiva, atuando nos diferentes planos, eixos, direção e trajetórias" (SOUSA, 2004, p. 86).

Finalizando essa exposição sobre os elementos psicomotores, a praxia global diz respeito a coordenação motora ampla e a praxia fina refere-se à motricidade fina (SANTOS, 2013).

GERONTOPSIKOMOTRICIDADE

A gerontopsicomotricidade dialoga com a teoria da retrogênese que considera a senescência "como um período da vida marcado por declínios no funcionamento físico normalmente associados a idade; começa em idades diferentes para pessoas diferentes" (PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2010, p. 632).

A retrogênese psicomotora está relacionada as alterações que podem estar atreladas a redução ou incapacidades da mesma, tanto no aspecto funcional quanto no relacional tais como: perda de tônus; desorganização espaço-temporal; perda da autonomia, mobilidade postural e interação social; diminuição do diálogo tônico, interação das praxias e práticas sensório- perceptivo-motoras; redução das vivências tônico-emocionais e simbólicas e, sobretudo, a distorção da imagem corporal, objeto de estudo deste trabalho.

O empobrecimento neuronal causado pelo tempo conduz a um declínio funcional e irremediável no envelhecimento normal. Perturbações de memória imediata, humor, concentração, atenção, insônias, perdas de julgamento, egocentrismo, inércia afetiva, incontinência, dependência, hipotonia, desorganização e desincronização motora, falta de iniciativa, modificações afetivas, flutuações de tristeza, isolamento social e segregação familiar favorecem um quadro de degradação mental e retrogênese psicomotora (VELASCO, 2018).

A involução ou a deteriorização da organização psicomotora, como complementa Velasco (2018), "inicia-se com a praxia fina, a seguir com a praxia global, nos desestruturamos espaço-temporalmente, perdemos a noção do corpo, o equilíbrio e, por fim, a tonicidade".

Para Dolto (1991), citado por Sousa (2004), a imagem do corpo é um processo de identificação que possibilita ao sujeito o intercâmbio com as demais pessoas e é exatamente desta forma que este elemento psicomotor se desenvolve.

De início através do plano tônico emotivo com a mãe e/ou a representação do grande outro primordial, em seguida através do reconhecimento de suas competências que partem das experiências que perpassam o simbólico e a linguagem verbal até que a imagem possa ser estruturada de fato e seja a base do esquema corporal e demais elementos psicmotores, sendo então "uma forma de equilíbrio entre as funções psicomotoras e a sua maturidade" (SOUSA, 2004, p. 82).

A imagem corporal se dá quando o indivíduo começa a perceber-se como referência dentro do elemento de espaço. Segundo Sousa (p. 81) "é a figuração de nosso corpo, formado em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual ele se apresenta para nós". Assim, dentro do processo de envelhecimento é possível que o idoso apresente dificuldades em compreender as alterações que o seu corpo evidencia com o passar do tempo, quer sejam motoras, cognitivas ou sócio afetivas.

O trato com a gerontopsicomotricidade possibilita que a imagem corporal volte a ser o elemento psicomotor norteador dos demais elementos, onde através do reconhecimento da mesma, o idoso possa compreender-se como referência dentro do ambiente que o circunda e das possibilidades que lhes competem realizar.

A ATUAÇÃO DO PSICOMOTRICISTA NA RETROGÊNESE

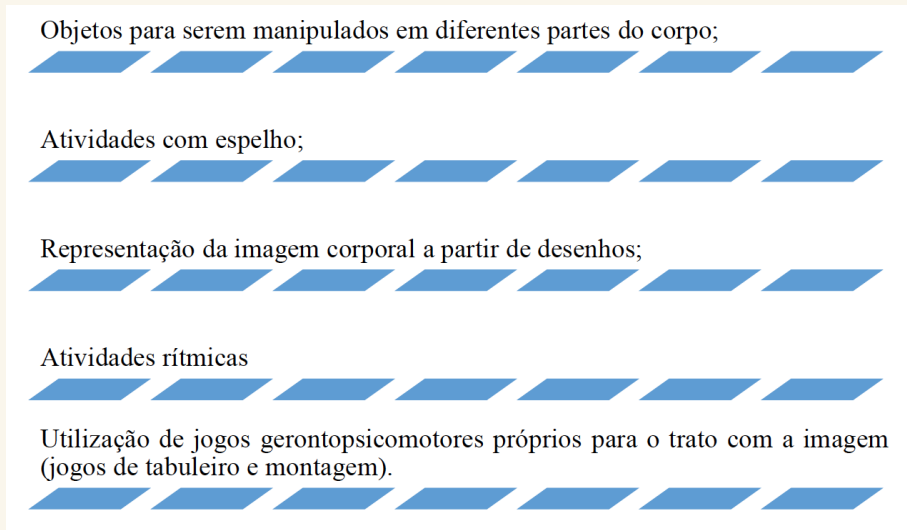
A atuação do psicomotricista deve ser pautada a partir da avaliação psicomotora do idoso. Sendo assim, elaboramos um breve resumo de quais aspectos são importantes de serem considerados em cada etapa de uma avaliação. Para tal, construímos o quadro 1, onde constam as seguintes etapas da avaliação: anamnese; avaliação cognitiva; avaliação funcional.

Quadro 1. Aspectos importantes a serem observados na avaliação psicomotora de pessoas idosas.

ETAPA	ASPECTOS
Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de saúde e/ou doença (hipertensão, diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, respiratórios e/ou algum tipo de deficiência); • Uso de medicamentos (efeitos colaterais, interações medicamentosas, risco de cascata iatrogênica); • Alimentação e nutrição complementar (suplementação); Qualidade do sono (insônia, sonolência); Histórico de quedas e acidentes; • Convívio familiar (facilitadores); Sexualidade; • Participação social (aposentadoria e/ou trabalho (in)formal, grupos de convivência, trabalho voluntário); • Avaliação ambiental (riscos domiciliares, espaços frequentados); Significado pessoal de objetos; • Nível de atividade física (sedentarismo, prática regular de exercício, tipo de atividade e frequência).
Avaliação Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Memória pessoal; • Memória visual; Escrita; Leitura; • Grafismo matemático (Teste do desenho do relógio); • Orientação espaço-temporal.
Avaliação Funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades da Vida Diária (AVD's); • Equilíbrio; Mobilidade; Tonicidade; Praxias.

A partir da realização desta avaliação, o psicomotricista terá acesso aos dados necessários para a sua atuação. No que diz respeito a análise da imagem corporal, o (re)conhecimento de si será a oportunidade de preparar e firmar os demais elementos psicomotores. Como recursos para avaliação voltada para imagem corporal, além dos meios supracitados, é possível utilizar:

Figura 2. Sugestões de recursos para avaliação de imagem corporal em idosos.



Para a intervenção psicomotora, no trato do reconhecimento da imagem corporal em face a retrogênese, Santos (2013) sugere que as sessões de psicomotricidade favoreçam a espontaneidade e o sentimento de liberdade, desenvolvendo a comunicação do corpo com o meio para que o idoso possa ressignificá-lo e à medida que percebe o seu próprio corpo, possa também perceber as outras pessoas.

Santos (2013) ainda chama atenção para que as atividades sejam diversificadas e atrativas, que apresentem baixo impacto, intensidade moderada e possam ser realizadas de forma gradual, respeitando o tempo do idoso e promovendo aproximações sociais.

Outrossim, diz respeito ao fator de pulsão, onde os desejos do idoso devem ser considerados a fim de que suas potencialidades se manifestem de maneira expressiva e prazerosa, onde segundo Velasco (2006), proporciona que o equilíbrio energético emocional seja direcionado ao aprimoramento da conscientização corporal.

Para Heinsius (2010), citado por Santos (2013), o diálogo tônico percebido pelo idoso manifesta com seu próprio corpo satisfação e dor, "choro e alegria, mobilizações e deslocamentos, sensações visuais e auditivas, e esse corpo é o meio da ação do conhecimento e da relação" (SANTOS, 2013, p. 50).

Roque (2016), ao analisar a relação do toque com o idoso indica que

o toque nas pessoas idosas, permite a diferenciação entre o eu e o outro, reforçando a sensação de pele-própria sendo que o toque terapêutico tende a reforçar a delimitação do próprio corpo e desta forma o eu corporal e psíquico

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de toda a expedição teórica traçada até aqui, evidenciou-se que o processo de envelhecimento atua de forma incisiva em aspectos psicomotores nos indivíduos idosos, sabendo que essas repercussões variam de idoso para idoso.

A intervenção gerontopsicomotora possui um caráter fundamental

para que o idoso aprenda a lidar com as transformações do corpo e com o estigma influenciado pela sociedade a respeito da sua capacidade funcional, prevenindo e mantendo em bom nível sua autonomia física e mental (SANTOS, 2013, 57).

Fica evidente, ainda, que a gerontopsicomotricidade, por observar o indivíduo como um todo e não fragmentando-o, fornece diversas contribuições para uma melhoria da qualidade de vida do idoso de forma global e, mais especificamente, no objeto de estudo dessa pesquisa, a imagem corporal.

Santos (2013), dialogando com Rosa Neto (2009), conjectura que

A imagem corporal é um resultado complexo de toda a atividade cinética, sendo a imagem do corpo a síntese de todas as mensagens, de todos os estímulos e de todas as ações "eu" que permitiram ao idoso se diferenciar do mundo exterior e de fazer "eu" o sujeito da própria existência (SANTOS, 2013, p. 51).

Esse estudo aqui realizado não espera se encerrar de forma finita, pois cremos que o que aqui foi encontrado é uma centelha diante da diversidade e complexidade que o assunto possui e propõe. Sendo assim, espera-se que ocorram mais pesquisas que relacionem a psicomotricidade com os idosos, buscando fortalecer o arcabouço teórico da gerontopsicomotricidade e fornecer cada vez mais base para a atuação efetiva dos psicomotricistas que, porventura, venham a atuar com tal público.

Reiteramos ainda que, compreendendo os limites metodológicos que decorrem do nosso desenho de pesquisa, não almejamos tornar nossas sugestões sobre a atuação dos psicomotricistas com idosos como paradigmáticas, muito menos livres e críticas e alterações. Estas sugestões se fundamentam tanto na experiência profissional dos autores, bem como nas referências aqui apontadas. Assim, nos encaminhamos para o final deste texto propondo que cada leitor analise os pontos aqui discutidos tomando por referência sua realidade e seu público em específico, não simplesmente reproduzindo de forma automática.

Cada idoso é um idoso, o processo de envelhecimento atua de forma individual e específica, sendo assim, não parece ser válida uma repetição que desconsidere esta característica deste público específico.

Por fim, encerramos aqui trazendo alguns questionamentos que surgiram no decorrer da pesquisa, mas que não eram, de forma direta, nosso material de estudo, mas que podem inspirar os leitores a desbravar novos caminhos na pesquisa gerontológica.

Primeiro questionamento: considerando a especificidade e diversidade do processo de envelhecimento, as diferenças de gênero e os padrões de beleza impostos pela sociedade e reproduzidos na mídia, quais seriam os efeitos do processo de envelhecimento na autoimagem de mulheres velhas?

Segundo questionamento: sabe-se que ocorreu um incremento no número de idosos com depressão e diversos outros acometimentos psicológicos e/ou psiquiátricos. Assim sendo, tomando por referência a relação entre tônus e aspetos afetivo-emocionais, seria possível estabelecer uma relação entre um maior número de idosos depressivos e um incremento também no quantitativo de idosos com problemas de tônus?

Estes dois questionamentos são apenas primários e surgem como curiosidades deste grupo de autores que se propuseram a desenvolver este trabalho. Assim sendo, esperamos que este breve texto contribua para que cada vez mais pessoas se interessem sobre esta temática, debrucem-se sobre a realidade da pessoa idosa e das alterações psicomotoras.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOMOTRICIDADE, 2018. Disponível em: <https://psicomotricidade.com.br/sobre/o-que-e-psicomotricidade/>

BEAUVOIR, S. **A velhice**: a realidade incômoda. Tradução: Heloysa de Lima Dantas. São Paulo: Pensamento, 1970.

BUENO, J. M. **Psicomotricidade: Teoria e Prática -Estimulação, Educação, Reeducação Psicomotora com Atividades Aquáticas**. Ed. Lovise. São Paulo, 1998.

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, N° 3, p. 597-605, 2008.

CAVALCANTI, E. W. de O. **O lugar da velhice na escola: atitudes de crianças em relação à velhice**. 2018, 89 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

FONSECA, V. da. **Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

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.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Coordenação de População e Indicadores sociais. 146 f. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

LIMA, A. P.; VIEGAS, S. de M. A diversidade cultural do envelhecimento: a construção cultural da categoria de velhice. **Psicologia**, v. 6, N° 2, p. 149-158. 1988.

MINAYO, M. C. S.; (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, N° 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

OLIVEIRA, G. de C. **Psicomotricidade:** educação e reeducação no enfoque psicopedagógico. 6ª ed -Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, G de C. **Avaliação psicomotora à luz da psicologia e da psicopedagogia.** 13ª ed -Petrópolis, RJ: Vozes, 2014

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.

PITANGA, D. A. **Velhice na cultura contemporânea.** 2006. 191 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Pernambuco, Recife. 2006.

SANTOS, S. L. dos. **Efeitos de um programa de psicomotricidade no bem-estar e na marcha em idosos.** 2013, 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SÁ, J.L.Mde; DOLL, J; OLIVEIRA, J.F.P; HERÉDIA, V.B.M. Multidimensionalidade do Envelhecimento e Interdisciplinaridade. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2016.

SOUSA, D. C. de. **Psicomotricidade: integração pais, criança e escola/** Fortaleza: Editora Livro Técnico, 2004.

SOUZA, G. M. D. de. **A estruturação espaço-temporal a partir da dança na educação física escolar: contribuições para educação psicomotora.** 2018, 43 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

ROQUE, G. C. R. **Efeitos de uma intervenção terapêutica de massagem psicomotora em indicadores de saúde e bem-estar de pessoas idosas institucionalizadas.** 2016, 114f. Dissertação (Mestrado em Psicomotricidade Relacional) – Universidade de Évora, Évora.

VELASCO, C. G. **Aprendendo a envelhecer:** a luz da psicomotricidade. São Paulo: Phorte, 2006.

VELASCO, C. G. **Filogênese, ontogênese e retrogênese.** Associação Brasileira de Psicomotricidade, 2018. Disponível em: psicomotricidade.com.br/filogênese-ontogenses-e-retrogenese/. Acesso em: 29 nov 2019.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice:** Aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

CAPACIDADE FUNCIONAL EM MULHERES IDOSAS HOSPITALIZADAS

ADRIANA LUNA PINTO DIAS

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, adrilunadias@gmail.com;

LUIZA MARIA DE OLIVEIRA

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, oliveiradeluiza@gmail.com;

MATHEUS FARIAS RAPOSO

Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, matheusfarias046@gmail.com;

RAFAELLA QUEIROGA SOUTO

Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN. Docente do curso de Enfermagem na Universidade Federal da Paraíba-UFPB, rqs@academico.ufpb.br;

Este estudo integra a pesquisa denominada “Instrumentalização da Enfermagem Forense diante do cuidado ao idoso hospitalizado”, aprovado perante o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro, sob os CAAE 10179719.9.3001.5182 e seu respectivo parecer: 3.709.600, 3.594.339. O referido projeto teve o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), vinculada ao Ministério da Educação (MEC), a partir do Edital Universal nº 28/2018, sob o processo nº 424604-2018-3.

RESUMO

A proporção de incapacidade funcional em idosos é maior no sexo feminino e esse declínio tende a se acentuar no processo de hospitalização. Estudo analítico, do tipo transversal, desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro-PB, de novembro de 2019 a março de 2020. Foram incluídas mulheres, acima de 60 anos e internadas no setor de Clínica Médica, sendo excluídas aquelas com déficit cognitivo ou sem condições clínicas para coleta. Foram utilizados os seguintes instrumentos: BOAS; índice de Katz; escala de Lawton e Brody; e um questionário adaptado da rede FIBRA. Os dados foram tabulados e analisados no SPSS por meio de estatística descritiva e inferencial. Participaram do estudo 57 idosas, em que a dependência funcional predominou naquelas acima de 70 anos, que não possuem e nem conjugam moradia com companheiro(a), não exercem atividade remunerada e recebem um salário mínimo ou menos. As ABVDs apresentaram associação com moradia conjugada com companheiro(a) ($p=0,035$) e com o exercício de atividade remunerada ($p=0,025$); enquanto as AAVDs se associaram com saber ler e escrever ($p=0,023$). Considerando as ABVDs, a maioria referiu que se alimenta de maneira independente, mas apresentou dependência para controle esfíncteriano. Em relação às AIVDs, se observou independência para utilizar medicação, contudo dependência para fazer compras. No tocante às AAVDs, grande parte ainda recebe visitas em casa, mas não frequentam universidades ou realizam cursos. O presente estudo evidenciou a necessidade do desenvolvimento de investigações envolvendo as AAVDs, dada à escassez e heterogeneidade na discussão dos resultados.

Palavras-chave: Idoso, Atividades Cotidianas, Hospitalização.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que representa avanços técnicos e científicos, especialmente na área da saúde, bem como mudanças culturais e melhorias nas condições de vida, tais como a diminuição na taxa de fecundidade, os declínios das mortalidades infantil e geral, a elevação na expectativa de vida e a maior consciência em relação aos cuidados com a saúde (LUCCHESI, 2017).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2020, a população brasileira acima de 60 anos era de aproximadamente 30 milhões de pessoas, sendo composta predominantemente por mulheres (55,9%) em detrimento dos homens (44,1%) (IBGE, 2020a).

Corroborando com a tendência no aumento da longevidade, a expectativa de vida ao nascer para o brasileiro, em 2020, foi de 76,74 anos, sendo que para os homens foi de 73,26 anos e para as mulheres de 80,25 anos. Projeções realizadas para 2060, elevaram as taxas para 77,90 anos nos homens e 84,23 anos para as mulheres, mantendo uma sobrevida maior para mulheres em torno de 7 anos (IBGE, 2020b).

Maximiano-Barreto *et al.* (2019) relatam que, em resposta aos desafios associados ao fenômeno de feminização da velhice, se faz necessária a propagação de estudos envolvendo essa população, auxiliando no enfrentamento dos desfechos negativos relacionados à saúde. Ademais, Gutierrez *et al.* (2019) salienta que se faz necessário investigar as condições de vida e saúde associadas às mulheres idosas, especificamente no tocante à dependência funcional.

Desse modo, uma questão muito debatida na Gerontologia é a qualidade de vida dessas idosas. É sabido que algumas doenças crônicas constituem uma ameaça à autonomia e independência dessas pessoas (LUCCHESI, 2017), e algumas dessas doenças como artrite, hipertensão e diabetes têm maior contribuição para incapacidades mais graves, principalmente nas mulheres (COSTA FILHO *et al.*, 2018).

A incapacidade funcional pode ser definida pela dificuldade ou necessidade de auxílio para o indivíduo executar tarefas básicas ou complexas, envolvendo as dimensões física, cognitiva e emocional, necessárias para a vida independente na comunidade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Algumas medidas são frequentemente utilizadas para avaliar a incapacidade funcional dos indivíduos. O desempenho das atividades básicas da vida diária (ABVDs), atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) e as atividades avançadas de vida diária (AAVDS) são medidas frequentemente utilizadas para avaliar a incapacidade funcional dos indivíduos (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

As ABVDs são aquelas ligadas ao autocuidado, que geralmente são adquiridas na infância, como banhar-se e vestir-se (KATZ; AKPOM, 1976). As AIVDs compreendem habilidades mais complexas necessárias para manter uma vida independente na comunidade, e estão relacionadas a ações envolvendo participação social, como utilizar meios de transporte e gerenciar finanças (LAWTON; BRODY, 1969). Enquanto que as AAVDs incluem um conjunto de atividades sociais, produtivas e de lazer relacionadas com a participação e o envolvimento social, que ultrapassam as medidas de autocuidado, sobrevivência e resoluções diárias, inserindo os idosos em papéis sociais mais amplos e complexos (REUBEN; SOLOMON, 1989).

Revisão sistemática descreveu taxas de prevalência de incapacidade funcional em idosos que variaram de 13,2% a 85,0%, apresentando estratificações por gênero, com variação de 12,3% a 94,1% para os homens e de 14,9% a 84,6% para mulheres (CAMPOS *et al.*, 2016).

Sabe-se que a proporção de mulheres idosas com incapacidade funcional é 1,51 vezes maior que a de idosos homens, em decorrência de uma maior fragilização da rede de suporte, bem como, já citado, da maior expectativa de vida e maior prevalência de doenças crônicas nessas idosas, aumentando a vulnerabilidade às condições incapacitantes (CAMPOS *et al.*, 2016).

Esse declínio funcional tende a se acentuar no processo de hospitalização, que representa um evento complexo para os idosos, em que estes são retirados do seu contexto e convívio familiar e social, e transferidos para um ambiente desconhecido. Muitos estudos evidenciam que esse ambiente é um fator de risco para piora do declínio funcional, podendo gerar ou potencializar o declínio cognitivo nesta população (SANTOS; POLTRONIERI; HAMDAN, 2018).

Estudo de coorte demonstrou que idosos apresentam piora da funcionalidade na alta hospitalar quando comparada ao momento pré-internação (CARVALHO *et al.*, 2018). Nesse contexto, a capacidade

funcional tende a sofrer declínio de modo hierárquico, iniciando pela cognição, seguida das atividades instrumentais de vida diária e, por último, as atividades básicas de vida diária (SILVA *et al.*, 2019). Ademais, Gutierrez *et al.* (2019) relata ainda que a complexidade assistencial de idosos hospitalizados relaciona-se com demandas referentes especialmente ao sexo feminino.

Dessa forma, considerando o processo de feminização da velhice, dos impactos das doenças crônicas e da hospitalização na capacidade funcional dessa população, evidencia-se a necessidade de um estudo com objetivo de analisar a capacidade funcional de idosas hospitalizadas, relacionando com as características sociodemográficas.

METODOLOGIA

Estudo analítico, do tipo transversal, desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no município de Campina Grande – Paraíba, ocorrido no período de novembro de 2019 a março de 2020.

Foram incluídas nesta pesquisa mulheres, com idade superior a 60 anos e internadas no setor de Clínica Médica do referido hospital. Foram excluídas aquelas que apresentavam déficit cognitivo ou sem condições clínicas para realização da coleta.

O cálculo amostral foi realizado com base no quantitativo de admissões referente a três meses do ano anterior à coleta, no referido setor do HUAC, se utilizando a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, com uma prevalência esperada de 60% e acrescido 10% de perda.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: o *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), para caracterização sociodemográfica; o índice de Katz, para avaliação da capacidade funcional em ABVDs; a escala de Lawton e Brody para avaliar AIVDs; e um questionário adaptado da rede "Fragilidade em Idosos Brasileiros" (FIBRA) para as AAVDs.

O BOAS é um instrumento multidimensional que engloba diversas perspectivas do idoso, incluindo aspectos psicológicos, físicos, socioeconômicos e demográficos. Para o presente estudo foram utilizadas as questões referentes à idade, saber ler e escrever, anos de estudo, estado conjugal, arranjo de moradia, moradia com esposo(a)

ou companheiro(a), número de doenças autorrelatadas, realização de trabalho remunerado e renda mensal.

O índice de Katz (KATZ; AKPOM, 1976) avalia a capacidade funcional para ABVDs, considerando seis atividades: alimentação, controle esfinteriano, transferências, capacidades para se vestir, tomar banho e utilizar o vaso sanitário. O índice considera escores que variam de 6 a 18 pontos (LINO *et al.*, 2008). Foram classificadas como independentes as idosas que apresentaram escores de 6 pontos, sendo consideradas dependentes aquelas com escores acima de 7 pontos.

A escala de Lawton e Brody (LAWTON; BRODY, 1969) avalia as AIVDs, sendo composta pelas seguintes atividades: preparar refeições, executar tarefas domésticas, manusear dinheiro, utilizar o telefone, tomar medicações, fazer compras e usar os meios de transporte. A escala classifica a condição funcional mediante um escore envolvendo as sete atividades, obtendo escores variando de 7 a 21 pontos (SANTOS; VIRTUSOSO JÚNIOR, 2008). As idosas foram classificadas como independentes quando o escore atingia 7 pontos, sendo consideradas dependentes aquelas com escores acima de 8 pontos.

Na avaliação das AAVDs, as questões abordaram o engajamento das idosas em treze atividades envolvendo domínios educativos, cívicos, religiosos e de lazer (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Foram classificadas como "menos ativas" (ME) as idosas que realizaram até cinco atividades, sendo consideradas como "mais ativas" (MA) as que executavam mais de seis atividades.

Foram determinadas como variáveis dependentes aquelas relacionadas às atividades de vida diária, que expressam a capacidade funcional, sendo as variáveis sociodemográficas estabelecidas como independentes.

A tabulação e análise dos dados foram desenvolvidas no SPSS, versão 25.0, por meio de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão, mínimo e máximo) e inferencial (teste qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher). O teste exato de Fisher foi escolhido nos casos em que o número de caselas com frequência inferior a 5% foi menor que 20%. Para todas as análises inferenciais foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Esta pesquisa integra parte de estudo guarda-chuva aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário

Alcides Carneiro, com número de protocolo 10179719.9.3001.5182, e encontra-se em conformidade com a resolução de nº 466/2012. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo e benefícios da pesquisa; a manutenção do sigilo, do anonimato e do seu direito de participar ou não, bem como sua liberdade de desistência a qualquer tempo. Todos os participantes registraram sua assinatura, rubrica ou impressão datiloscópica no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 57 idosas, com idades variando de 60 a 89 anos, sendo a média de 72,9 anos (DP \pm 8,1 anos), predominando, assim, idades acima de 70 anos.

As idosas, em sua maioria, sabiam ler e escrever, mas estudaram três anos ou menos. As mesmas não possuíam companheiro, que incluíam as viúvas, divorciadas, separadas ou que nunca haviam se casado. Com isso, não conjugavam moradia com esposo(a) ou companheiro(a), no entanto, moravam com alguém. Em relação à saúde, a maioria relatou três ou menos doenças. Quanto aos recursos econômicos, não exerciam trabalho ou atividade remunerada, com renda mensal igual ou menor a um salário mínimo.

Os dados sociodemográficos encontram-se discriminados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica das idosas hospitalizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	n	%
Idade		
≤ 70	24	42,1
> 70	33	57,9
Saber ler e escrever		
Sim	35	61,4
Não	22	38,6
Anos de estudo		
≥ 3 anos	31	54,4
> 3 anos	26	45,6

Variáveis	n	%
Estado conjugal		
casado/morando junto	19	33,3
viúva/ divorciada/separada/nunca casou	38	66,7
Arranjo de moradia		
Mora sozinho	5	8,8
Mora com alguém	52	91,2
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)		
Sim	22	38,6
Não	30	52,6
Não respondeu	5	8,8
Número de doenças autorrelatadas		
≥ 3 doenças	55	96,5
>3 doenças	1	1,8
Não respondeu	1	1,8
Realiza trabalho (atividade remunerada)		
Sim	6	10,5
Não	51	89,5
Renda mensal		
≥ 1 salário	41	71,9
1 salário	16	28,1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Estudo transversal desenvolvido com idosos internados em um hospital escola de São Paulo encontrou média de idade de 72,1 anos, com desvio padrão de 8,6 anos (RODRIGUES *et al.*, 2017), se aproximado à faixa etária demonstrada no presente estudo. Rocha *et al.* (2020) relatam que as faixas etárias mais prevalentes em idosos hospitalizados se situam entre 71 a 75 anos, requerendo maior supervisão e acompanhamento da equipe e, conseqüentemente, maior atenção quanto à manutenção da capacidade funcional.

Perfil sociodemográfico semelhante foi encontrado em estudo descritivo conduzido em unidade equivalente de Clínica Médica de um hospital de ensino do Triângulo Mineiro. No referido estudo predominaram, dentre as idosas internadas, viúvas, com até quatro anos de escolaridade, renda mensal individual de um salário mínimo e que não exerciam atividade profissional (GOMES *et al.*, 2017).

Em relação aos recursos sociais e financeiros, é importante destacar fatores como a escolaridade e a renda. A escolaridade pode influenciar no aprendizado da idosa sobre o autocuidado, bem como a compreensão acerca das condutas terapêuticas. Além disso, se considera que a renda é um fator determinante no acesso aos serviços de saúde no Brasil (GOMES *et al.*, 2017). Desse modo, a baixa escolaridade associada à renda precária pode favorecer o aparecimento de complicações em doenças prévias e, conseqüente, necessidade de hospitalização.

Considerando o arranjo da moradia com esposo(a) ou companheiro(a), evidencia-se que o fato de morar com companheiro deve ser considerado em contextos de hospitalização, pois o envolvimento do parceiro no cuidado à saúde pode contribuir para a regularidade do acompanhamento e tratamento de doenças (GOMES *et al.*, 2017), o que poderia, desse modo, evitar internações hospitalares.

A respeito dos achados descritivos das capacidades funcionais na amostra, se observou que a dependência para todas as AVDs predominou em idosas com mais de 70 anos, sem companheiro (divorciadas, viúvas, separadas ou que nunca casaram), que não moram com esposo(a) ou companheiro(a), que não exercem atividade remunerada e recebem um salário mínimo ou menos.

A análise da capacidade funcional revelou associação estatisticamente significativa das ABVDs com moradia conjugada com esposo(a) ou companheiro(a) ($p=0,035$) e o exercício de atividade remunerada ($p=0,025$); enquanto as AAVDs se associaram a saber ler e escrever ($p=0,023$). Esses dados podem ser visualizados na Tabela 2.

Tabela 2 – Associação do perfil sociodemográfico das idosas hospitalizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro com a capacidade funcional. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020.

Variáveis	ABVDs		AIVDs		AAVDs	
	D n (%)	I n (%)	D n (%)	I n (%)	D n (%)	I n (%)
Idade						
≤ 70	8 (33,3)	16 (66,7)	14 (58,3)	10 (41,7)	5 (21,7)	18 (78,3)
>70	19 (57,6)	14 (42,4)	26 (78,8)	7 (21,2)	10 (35,7)	18 (64,3)
p-valor	0,070*		0,096*		0,276*	

Variáveis	ABVDs		AIVDs		AAVDs	
	D n (%)	I n (%)	D n (%)	I n (%)	D n (%)	I n (%)
Sabe ler e escrever						
Sim	15 (42,9)	20 (57,1)	23 (65,7)	12 (34,3)	13 (40,6)	19 (59,4)
Não	12 (54,5)	10 (45,5)	17 (77,3)	5 (22,7)	2 (10,5)	17 (89,5)
p-valor	0,390*		0,353*		0,023*	
Anos de Estudo						
≤ 3 anos	17 (54,8)	14 (45,2)	25 (80,6)	6 (19,4)	7 (26,9)	19 (73,1)
> 3 anos	10 (38,5)	16 (61,5)	15 (57,7)	11 (42,3)	8 (32,0)	17 (68,0)
p-valor	0,217*		0,059*		0,691*	
Estado civil						
Casada /morando junto	6 (31,6)	13 (68,4)	13 (68,4)	6 (31,6)	3 (17,6)	14 (82,4)
Divorciada /viúva / separada/nunca casou	21 (55,3)	17 (44,7)	27 (71,1)	11 (28,9)	12 (35,3)	22 (64,7)
p-valor	0,091*		0,838*		0,192*	
Arranjo de Moradia						
Mora sozinho	4 (80,0)	1 (20,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	4 (80,0)
Mora com alguém	23 (44,2)	29 (55,8)	36 (69,2)	16 (30,8)	14 (30,4)	32 (69,6)
p-valor	0,179**		1,000**		1,000**	
Mora com esposo(a) ou companheiro (a)						
Sim	6 (27,3)	16 (72,7)	13 (59,1)	9 (40,9)	5 (25,0)	15 (75,0)
Não	17 (56,7)	13 (43,3)	23 (76,7)	7 (23,3)	9 (34,6)	17 (65,4)
p-valor	0,035*		0,175*		0,482*	
Número de doenças						
≤ 3 anos	27 (49,1)	28 (50,9)	39 (70,9)	16 (29,1)	15 (30,6)	34 (69,4)
>3 anos	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)
p-valor	1,000**		1,000**		1,000**	
Exerce atividade remunerada						
Sim	0 (0,0)	6 (100,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	1 (16,7)	5 (83,3)
Não	27 (52,9)	24 (47,1)	36 (70,6)	15 (29,4)	14 (31,1)	31 (68,9)
p-valor	0,025**		1,000**		0,657**	
Renda						
Até 1 salário mínimo	21 (51,2)	20 (48,8)	29 (70,7)	12 (29,3)	10 (27,8)	26 (72,2)
> 1 salário mínimo	6 (37,5)	10 (62,5)	11 (68,8)	5 (31,2)	5 (33,3)	10 (66,7)
p-valor	0,351*		1,000**		0,743**	

* Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher; D – Dependência; I – Independente; MA- Mais ativo; ME - Menos ativo; ABVDs - Atividades básicas de vida diária; AIVDs - Atividades instrumentais da vida diária; AAVDs - Atividades avançadas da vida diária.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Os presentes achados corroboram com estudo transversal realizado com 388 idosos comunitários, o qual identificou que a idade avançada, a ausência de companheiro, a falta de ocupação laboral e a baixa condição socioeconômica predispõem a maiores níveis de incapacidade funcional (PEREIRA *et al.*, 2017).

A idade avançada constitui um fator associado ao declínio da funcionalidade e estabelecimento da incapacidade funcional. No entanto, é importante considerar que a longevidade exige um cuidado diferenciado pelos serviços de saúde, visto que a dependência não pode ser vista como um processo natural, mas se constitui um processo passível de prevenção ou retardo (BORTOLUZZI *et al.*, 2017).

A baixa condição socioeconômica está relacionada a uma série de condições negativas, a exemplo da baixa escolaridade e condições precárias de saúde, podendo contribuir para a perda da autonomia funcional. Com isso, a educação determina diversas vantagens para a saúde, pois influencia em fatores psicossociais e de comportamento (PEREIRA *et al.*, 2017). Desse modo, indivíduos com baixa escolaridade tendem a apresentar comportamentos de risco para doenças que predispõem a uma redução na capacidade funcional.

Considerando as associações estatisticamente significativas, em relação às ABVDs, o fato de não conjugar moradia com esposo(a) ou companheiro(a), bem como não exercer atividade remunerada associaram-se a um aumento na dependência funcional das idosas hospitalizadas.

Pereira *et al.* (2017) concordam que pessoas idosas sem companheiros apresentam maior tendência à incapacidade funcional. A acentuada feminização do envelhecimento caracteriza-se pela elevação no número de mulheres idosas sem cônjuge, refletindo padrões culturais vigentes na nossa sociedade, em que há uma naturalização do (re)casamento dos homens mais velhos, enquanto que as idosas são vítimas de preconceito, dificultando a reestruturação da vida conjugal dessas mulheres (DIAS; SERRA, 2018).

Somando-se a isso, conforme demonstrado nos achados, a maioria das idosas congregava moradia com alguém. Nesse sentido, Dias e Serra (2018) relatam que muitas idosas são retiradas do seu lar e destituídas de sua autonomia social e financeira, sofrendo isolamento intrafamiliar e social. Sendo assim, essas situações podem levar a um

aumento nos problemas de saúde, de ordem física e psicológica e, conseqüentemente, maior dependência funcional em ABVDs.

Considerando a atividade remunerada, é sabido que o idoso ocupado tem menor probabilidade de apresentar capacidade funcional ruim, com poucas dificuldades para as atividades de vida diária (PEREIRA *et al.*, 2017). Isso se deve ao fato de que idosos ocupados tendem a estar mais ativos, reduzindo a probabilidade de dependência, tornando-se, desta forma, um fator protetor para a incapacidade funcional (ARAÚJO *et al.*, 2019).

Em relação às ABVDs avaliadas pelo índice de Katz, a maioria das idosas (87,7%; n=50) referiu que se alimenta de maneira independente, e grande parte das participantes (78,9%; n=45) consegue se vestir e utilizar o vaso sanitário sem auxílio. A atividade básica que apresentou maior dependência entre as participantes foi o controle esfincteriano (66,7%; n=38) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da frequência do grau de dependência nas ABVDs de acordo com o Índice de Katz. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020.

ABVD	Independente n (%)	Dependente n (%)
Tomar banho	44 (72,2)	13 (22,8)
Vestir-se	45 (78,9)	12 (21,1)
Usar o vaso sanitário	45 (78,9)	12 (21,1)
Transferência	43 (75,4)	14 (24,6)
Controle esfincteriano	38 (66,7)	19 (33,3)
Alimenta-se	50 (87,7)	07 (12,3)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

Estudo analítico, transversal, realizado com 272 idosos comunitários corroborou com os resultados apresentados, revelando que, nas idosas, o maior grau de independência relatado correspondeu à atividade de alimentação, enquanto que o maior percentual de dependência foi na função continência (GAVASSO; BELTRAME, 2017).

Dentre os distúrbios nos controles esfincterianos, a incontinência urinária é um problema com alta prevalência em idosos, em que o sexo feminino é o mais afetado, com prevalências variando de 31,1% e 36,3% nessa população (MARQUES *et al.*, 2015; CARNEIRO *et al.*, 2017), confirmando o percentual encontrado no presente estudo.

Idosas com menor escolaridade, pouco ativas, com doenças crônicas e fazendo uso de polifarmácia apresentam maiores prevalências dessa disfunção (MARQUES *et al.*, 2015). Ademais, em se tratando do cenário hospitalar, alguns fatores favorecem o surgimento desse distúrbio na mulher idosa: o uso injustificado e indiscriminado de dispositivos de controle urinário (como a fralda geriátrica); as adversidades da estrutura hospitalar em relação às necessidades da pessoa idosa; e o déficit no rastreio, identificação de risco e subnotificação do problema por parte da equipe. Em especial, o uso indiscriminado de fraldas ocasiona aumento da dependência, perda de autonomia da idosa sobre seu próprio corpo, além de dermatites e infecções urinárias (GÓES *et al.*, 2019). Tais fatores podem vir a contribuir para a maior dependência em relação ao controle esfinteriano por parte das idosas.

Considerando as AIVDs, 64,3% (n=36) das idosas referem utilizar sua medicação independentemente, enquanto que 61,4% (n=35) delas prepara seus alimentos também de forma independente. A atividade de fazer compras apresentou maior percentual (50,9%; n=29) de dependência (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da frequência do grau de dependência nas AIVDs segundo a escala de Lawton e Brody. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020.

AIVD	Independente n (%)	Dependente n (%)
Usar o telefone	33 (57,9)	24 (42,1)
Uso de transporte	30 (52,6)	27 (47,4)
Fazer compras	28 (49,1)	29 (50,9)
Preparo de alimentos	35 (61,4)	22 (38,6)
Tarefas domésticas	33 (57,9)	24 (42,1)
Uso de medicação	36 (64,3)	20 (35,7)
Manejo do dinheiro	28 (50,0)	28 (50,0)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

A polifarmácia é um evento de alta prevalência em idosas dentro e fora do contexto hospitalar (CARNEIRO *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2019). Acredita-se que a necessidade de várias administrações medicamentosas, possam contribuir para a manutenção da independência nessa atividade. Em contrapartida, a atividade de fazer compras exige competências um pouco mais complexas, envolvendo um contexto comunitário, e que são restringidas no cenário hospitalar.

Considerando as associações estatísticas das AAVDs, estas evidenciaram que o fato de saber ler e escrever associou-se à menor atividade neste âmbito. Estas atividades compreendem, de fato, atividades mais complexas envolvendo domínios sociais, culturais e de lazer (REUBEN, SOLOMON, 1989). Todavia, para tanto, não exigem, necessariamente, maior escolaridade.

Pesquisa exploratória e descritiva buscou compreender as concepções da pessoa idosa acerca das atividades sociais e de saúde. Os participantes que não compartilhavam momentos educativos e de lazer com a comunidade relataram que este fato estava relacionado com a falta de estímulo e interesse próprio, apesar de todos possuírem ensino primário (ASCARI *et al.*, 2015). Desse modo, o analfabetismo pode contribuir para que a idosa procure, com maior frequência, o engajamento em atividades sociais e de lazer.

Considerando as AAVDs avaliadas, a maioria das participantes (94,7%; n= 54) refere ainda receber visitas em casa, enquanto 47,4% (n=27) relatam fazer viagens de um dia para fora da cidade. Já 96,6% (n=55) das idosas afirmam não frequentar universidades abertas à terceira idade, nem realizar curso(s) de atualização (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da frequência do grau de atividade nas AAVDs segundo questionário adaptado da rede FIBRA. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2019-2020.

AAVD	Mais Ativo n (%)	Menos ativo n (%)
Fazer visitas na casa de outras pessoas	42 (73,7)	15 (26,3)
Receber visitas em casa	54 (94,7)	03 (5,3)
Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	47 (83,9)	09 (16,1)
Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	19 (33,3)	38 (66,7)
Participar de eventos culturais	09 (16,8)	46 (83,6)
Dirigir automóvel	03 (5,3)	54 (94,7)
Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	27 (47,4)	30 (52,6)
Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	21 (36,8)	36 (63,2)
Fazer trabalho voluntário	12 (21,1)	43 (78,2)
Fazer trabalho remunerado	07 (12,5)	49 (86,5)
Participar de diretorias ou conselhos ou desenvolver atividades políticas.	05 (8,8)	52 (91,2)

AAVD	Mais Ativo n (%)	Menos ativo n (%)
Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade ou de algum curso de atualização	02 (3,5)	55 (96,6)
Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos	05 (8,8)	52 (91,2)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2020.

É sabido que a capacidade funcional nas AAVDs é de extrema importância, dado o fato de que envolve atividades de engajamento e integração social, e que sua manutenção é considerada como fator protetor da saúde e bem-estar (SOUTO; RIBEIRO; SOUZA, 2017).

No entanto, revisão sistemática evidenciou uma reduzida quantidade de estudos que se preocupou em avaliar a capacidade funcional ligada às AAVDs (MENEGUCI *et al.*, 2019). Ademais, estudos envolvendo AAVDs têm mostrado achados diversos, contrapondo os resultados apresentados. Estudo longitudinal e prospectivo, desenvolvido em Minas Gerais, evidenciou que permaneceram com percentuais elevados, após dois anos de seguimento, a interrupção do trabalho remunerado e a ida a eventos culturais; ocorrendo mudança apenas para a atividade de desempenho de trabalho voluntário (TAVARES *et al.*, 2019).

Em relação ao achado que evidenciou a redução no desempenho de atividades de participação em universidades voltadas à terceira idade ou algum outro curso de atualização, estudo observacional tipo caso-controle, realizado na Universidade Aberta para a Terceira Idade em Goiás com 100 idosos, em que 90% da amostra era composta por mulheres, se evidenciou que a viabilização desses programas favorece um envelhecimento ativo, com participação e contato social, possibilitando o incremento na autonomia das pessoas idosas. Essas universidades funcionam como uma ferramenta importante para melhorar, sobretudo, a qualidade de vida dessas pessoas (ADAMO *et al.*, 2017).

No entanto, em virtude do predomínio da baixa escolaridade apresentada na amostra (com três anos ou menos de estudo), a participação em universidades ou cursos de atualização predominou como uma das AAVDs com menor percentual de engajamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que a dependência funcional para as AVDs predominou em idosas com mais de 70 anos, sem companheiro (divorciadas, viúvas, separadas ou que nunca casaram), que não moram com esposo(a) ou companheiro(a), que não exercem atividade remunerada e recebem um salário mínimo ou menos.

A análise da capacidade funcional revelou associação significativa das ABVDs com moradia conjugada com esposo(a) ou companheiro(a) ($p=0,035$) e o exercício de atividade remunerada ($p=0,025$); enquanto as AAVDs se associaram com saber ler e escrever ($p=0,023$).

Em relação às ABVDs, a maioria das idosas referiu que se alimenta de maneira independente, enquanto a maior dependência incluiu o controle esfinteriano. Considerando as AIVDs, grande parte das idosas referiram utilizar sua medicação de maneira independente, em contrapartida metade delas revelou dependência para fazer compras. No tocante às AAVDs, a maioria das participantes relataram ainda receber visitas em casa, à medida que a maior parte afirmou não frequentar universidades abertas à terceira idade ou realizar cursos de atualização.

O presente estudo evidenciou a necessidade do desenvolvimento de investigações envolvendo as AAVDs, dada à escassez e heterogeneidade na discussão dos resultados. Importante também salientar um viés importante ao considerar a análise dessas atividades. Por se tratar de um contexto hospitalar, esses resultados não retratam o momento em questão, mas sim as AAVDs previamente desenvolvidas. Portanto, as atividades relatadas pelas idosas mais ativas se referiram a situações anteriores à hospitalização.

REFERÊNCIAS

ADAMO, C. E. *et al.* Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 550-560, 2017.

ALVES, L. C.; LEITE, I. da C.; MACHADO C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, 2008.

ARAÚJO, G. K. N. de *et al.* Capacidade funcional e fatores associados em idosos residentes em comunidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 312-318, 2019.

ASCARI, R. A. *et al.* A percepção do idoso acerca das atividades sociais e saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 20, n. 1, p. 103-119, 2015.

BORTOLUZZI, E. C. *et al.* Prevalência e fatores associados à dependência funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 1, p. 85-94, 2017.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 545-559, 2016.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, 2017.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos comunitários: estudo epidemiológico de base populacional. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 51, n. 4, p. 254-64, 2018.

CARVALHO, T. C. *et al.* Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, 2018.

COSTA FILHO, A. M. *et al.* Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the *National Health Survey* (2013). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 1, 2018.

DIAS, M. de J. S.; SERRA, J. Mulher, velhice e solidão: uma tríade contemporânea? **Serviço Social & Saúde**, v. 17, n. 1, p. 9-30, 2018.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 399-409, 2017.

GÓES, R. P. *et al.* Cuidado hospitalar e surgimento de incontinência urinária em pessoas idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, Suppl. 2, p. 284-93, 2019.

GOMES, N. C. *et al.* Necessidade de cuidados de enfermagem entre idosos hospitalizados. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 2, p. 65-76, 2017.

GUTIERREZ, B. A. O. *et al.* Complexidade assistencial de idosos hospitalizados e sua relação com características sociodemográficas e de independência funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 06, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. 2020a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 10 ago. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tábuas Completas de Mortalidade. Projeção da População. **Tabela 7362 – Esperança de vida ao nascer e Taxa de mortalidade infantil, por sexo**. 2020b. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7362>. Acesso em: 10 ago. 2021.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969.

LINO, V. T. S. *et al.* S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-12, 2008.

LUCCHESI, G. Envelhecimento populacional: perspectivas para o SUS. In: Centro de Estudos e Debates Estratégicos – Consultoria Legislativa. **BRASIL 2050 – Desafios de uma nação que envelhece**. Brasília: Edições Câmara, 2017. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/brasil-2050-os-desafios-de-uma-nacao-que-envelhece>. Acesso em: 21 ago. 2021.

MARQUES, L. P. *et al.* Fatores demográficos, condições de saúde e hábitos de vida associados à incontinência urinária em idosos de Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 3, p. 595-606, 2015.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. *et al.* Feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019.

MENEGUCI, C. *et al.* Incapacidade funcional em idosos brasileiros: uma revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 16, n. 3, 2019.

OLIVEIRA, E. M. *et al.* Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p. 109-20, 2015.

PEREIRA, L. C. *et al.* Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 112-8, 2017.

REUBEN, D. B.; SOLOMON, D. H. Assessment in geriatrics: of caveats and names. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 37, n. 6, p. 570-2, 1989.

ROCHA, A. de S. *et al.* Perfil de idosos internados em um hospital público de Teresina. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, n. 31, 2020.

RODRIGUES, C. C. *et al.* Idosos internados em um hospital escola: características clínicas e desfechos. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, v. 11, n. 12, p. 4938-45, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/24046>. Acesso em: 23 ago. 2021

SANTOS, L. F. *et al.* Farmacovigilância de polifarmácia e reações adversas medicamentosas em idosos hospitalizados em hospital universitário de Manaus, Amazonas. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia – Visa em Debate**, v. 7, n. 4, p. 41-47, 2019.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-96, 2008.

SANTOS, B. P.; POLTRONIERI, B. C.; HAMDAN, A. C. Associação entre declínio cognitivo e funcional em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 2, n. 3, p. 639-653, 2018.

SILVA, V. C. da. *et al.* Acompanhamento da capacidade funcional de idosos hospitalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 22, n. 4, p. 245-263, 2019.

SOUTO, J. F. RIBEIRO P. C. C.; SOUZA, L. F. de. Atividades avançadas de vida diária: Revisão de uma medida da capacidade funcional do idoso. **Kairós-Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 407-425, 2017.

TAVARES, D. M. dos S. *et al.* Atividades avançadas de vida diária entre idosos: fatores preditores. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21:e53681, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/53681>. Acesso em: 23 ago. 2021.

GINÁSTICA GERONTOLÓGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM IDOSOS DO PROJETO VIDA ATIVA

ALANA SIMÕES BEZERRA

Mestre pelo Curso de Ciências das Religiões da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, alanabezerra@fiponline.edu.br;

LUCAS BEZERRA ALVES

Graduado pelo Curso de Licenciatura em Educação Física do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, lucas_bezerraalves@hotmail.com;

RESUMO

O processo de envelhecimento é impossível de ser evitado, bem como também determinar a magnitude e a rapidez com que há a sua ocorrência, tendo em vista que o seu andamento é muito variável entre os indivíduos e a prática de exercícios físicos vem trazer benefícios a esse processo, melhorando os aspectos físicos-psíquico-sociais. Assim, a ginástica vem sendo praticada e adaptada para todas as idades, fazendo com que mais pessoas sejam atraídas por esta prática. Esta pesquisa tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas com a prática da ginástica gerontológica com idosos do Projeto Vida Ativa. Trata-se de um relato de experiência da prática da ginástica gerontológica que acontece no Projeto Vida Ativa do Centro Universitário de Patos – UNIFIP. Como resultados às práticas realizadas nas aulas tem-se a percepção na melhora nas capacidades físicas (flexibilidade e força), fortalecimento das amizades antigas e fazer novas, redução de quedas e fraturas, melhoras na marcha, no equilíbrio corporal e no estado de humor dos idosos. Desta forma, conclui-se que, a aula de ginástica gerontológica traz benefícios aos idosos praticantes em vários aspectos, fazendo com que os participantes pudesse fazer uma manutenção de um estilo de vida ativo, potencializando os fatores biopsicossociais e a melhora da qualidade de vida. Assim, constatou-se que o programa de ginástica colaborou para a melhora da aptidão funcional geral dos idosos.

Palavras-chave: Ginástica gerontológica, Idosos, Projeto Vida Ativa.

INTRODUÇÃO

O idoso entrega-se à existência com a pureza das crianças, mas sem a sua ingenuidade, com o vigor do adolescente, mas sem a sua prugnacidade, com a sensatez do homem maduro, mas sem o seu orgulho. Torna-se cidadão do universo com a astúcia da raposa e a malícia da serpente, o que faz dele um sábio (CENTRO DE PSICOTERAPIA ANALÍTICO-FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL, 2002, p. 20).

O processo de envelhecimento é um processo progressivo que ocorre durante a vida afetando todos os organismos, dessa maneira resultando em alterações dos padrões fisiológicos dos indivíduos, em uma relação mútua de fatores sociais, culturais, biológicos e psicológicos (MENDES *et al.*, 2018).

Durante o processo de envelhecimento o indivíduo passa por muitas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que muitas vezes acabam comprometendo a sua saúde e a independência para a realização de tarefas diárias. (SILVA, 2015). No processo do envelhecimento ocorrem alterações físicas ocasionando a diminuição da massa corporal magra e do líquido corpóreo, aumentando assim a quantidade de tecido gorduroso, também acontecendo o declínio do peso de vários órgãos como rins, fígado, pulmões e principalmente a perda de musculatura esquelética (COSTA *et al.*, 2015).

Outras mudanças que ocorrem durante o envelhecimento pode-se citar a perda das capacidades funcionais, como a força, a coordenação motora, o equilíbrio e a resistência cardiorrespiratória que podem ser agravadas pelos fatores ambientais e também pelo estilo de vida do indivíduo (SILVA, 2015).

Muito embora o envelhecimento seja visto como um processo negativo diante das perdas de algumas de suas funcionalidades, há diversas iniciativas internacionais que valorizam a possibilidade de se considerar o envelhecimento como um processo positivo, considerando o mesmo como um momento de bem-estar e prazer (DAWALBI *et al.*, 2013).

Estudos realizados no Brasil mostram que quase a metade dos idosos precisa de alguma ajuda para realizar pelo menos uma atividade das necessárias a sua vida diária e uma minoria significativa de 7% mostrou ser altamente dependente (FREITAS; SCHEICHER; 2010).

Vê-se que a quantidade de pessoas que chegam à fase da terceira idade vem aumentando no mundo todo, tem-se mais de 600 milhões no mundo, levando em conta que essa população só cresce, estima-se que terá três vezes mais idoso que há 50 anos, três vezes menos que em 2050. No Brasil o número de idosos cresce aceleradamente, vê um aumento na quantidade da população de indivíduos com mais de 80 anos. (MOURA; VERAS, 2016)

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), os brasileiros vivem o maior processo de envelhecimento. Com o declínio das taxas de fecundidade vem se ocasionando um drástico envelhecimento na população, em 2050 supõe-se que 14% da população brasileira sejam de idosos. (BARBON; WIETHOLTER; FLORES, 2016)

Conforme os autores supracitados, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que a média de vida após o nascimento do brasileiro em 1991 era de 68,6 anos, já em 2012 extrapola os 78 anos, tudo isso é decorrente do conhecimento que vem sendo aumentado em relação ao processo do envelhecimento e como envelhecer bem.

Levando em consideração que o processo do envelhecimento é um fator irreversível, sua definição pode ser dividida em três partes, sendo elas, o envelhecimento primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é existente em todas as pessoas e é normativo, ou seja, não há resquícios de doenças decorrentes de vários fatores como exercícios, alimentação adequada e uma ótima qualidade de vida. (FECHINE; TROMPIERI, 2012)

Já o envelhecimento secundário é patológico, ou seja, identificado por mudanças no desenvolvimento que diversas vezes é resultado de fatores externos do ambiente, acarretando o aparecimento de doenças sejam elas lesões cardiovasculares, cerebrais, entre outras, tendo em vista que o estresse ambiental e as patologias aceleram o processo do envelhecimento. Por fim, o envelhecimento terciário é referente a perdas físicas e cognitivas profundas que acontecem antes da morte, acarretadas pelos aglomerados efeitos do envelhecimento (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

Sabe-se que o envelhecer ativo resulta em um maior tempo de vida para o idoso, assim, com a prática de atividade física se promove a prevenção de alterações fisiológicas causadas pelo tempo criando

hábitos saudáveis, tendo diminuição dessas alterações e aumentando a expectativa de vida. As rugas e cabelos brancos são os primeiros sinais que a velhice está se aproximando, a cada ano que irá passando aparecem limitações que fazem com que o idoso se torne dependente de seus parentes, mas com a prática de exercícios físicos o idoso passa a não depender dos outros para realizar as atividades da vida diária (LIMA; DELGADO, 2010).

Para minimizar e/ou reverter algumas perdas biopsicossociais que frequentemente acompanham o envelhecimento, surge a prática regular de atividade física. Os estudos tem demonstrado cada vez mais a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas de promoção da saúde em todo o mundo, pelos benefícios tanto na prevenção quanto na promoção da saúde do idoso (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Gremeaux *et al.* (2012) afirma que há evidências clínicas e epidemiológicas que revelam que a prática de atividade física regular tem efeitos positivos na promoção da saúde, o que favorece a prevenção e minimiza os efeitos deletérios do envelhecimento.

O benefício da prática de exercício físico promove uma melhor capacidade funcional, normalizando a pressão arterial, reduzindo o risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e certos tipos de câncer, também são observados alguns benefícios psicossociais como alívio da depressão, aumento da autoconfiança e uma melhora na autoestima (COSTA *et al.*, 2015).

No ano de 2007, o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) e a Associação Americana do Coração (AHA) publicaram a primeira recomendação de atividade física para melhorar e manter a saúde dos idosos. Eles incluem atividades físicas recreacionais como forma de deslocamento (andando a pé ou de bicicleta), ocupacional (para os idosos que ainda estiverem em atividades laborais), tarefas domésticas, jogos, esportes ou exercícios planejados no contexto do cotidiano da família e atividades comunitárias (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2010).

Desta forma, a ginástica vem sendo praticada e adaptada para todas as idades, fazendo com que mais pessoas sejam atraídas por esta prática. Quando os idosos realizam exercícios de ginástica, trabalham o corpo por completo, e também acabam promovendo a interação

social, melhorando tanto os movimentos quanto a socialização, já que com o avanço da idade alguns movimentos começam a se tornar mais difíceis, e por conta disso acabam sendo “excluídos” ou “esquecidos” pela sociedade (RIBEIRO *et al.*, 2009).

Contudo, a ginástica auxilia na melhora das capacidades físicas, inclusive a flexibilidade, que é uma aptidão fundamental para os idosos, para que eles consigam realizar desde atividades simples do dia a dia até as mais complexas. Com isso, os riscos de lesões diminuem, já que nessa fase da vida é um pouco mais difícil de ser tratadas (FARINATTI, 2000).

Por causa da necessidade de programas de atividade física como meio de promoção de saúde, o curso de Educação Física do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, lançou o Projeto de extensão “Vida Ativa Longevidade e Saúde” em 2009, com objetivo de implantar um programa de atividade física e cuidados aos idosos participantes, com o intuito de proporcionar aos idosos um estilo de vida ativo e saudável. Assim, os idosos têm aulas de dança, hidroginástica e ginástica gerontológica, bem como atendimento com os cursos de Nutrição, Arquitetura, Direito, Fisioterapia e Medicina da instituição.

Desta maneira, programa de ginástica gerontológica tem como objetivo proporcionar melhora e manutenção das aptidões funcionais dos idosos, como a força, agilidade/equilíbrio, flexibilidade, coordenação e resistência aeróbica, que são elementos importantes para a manutenção da capacidade funcional dos idosos. Além de exercícios específicos para a reeducação postural, fortalecimento da musculatura pélvica e relaxamento muscular.

Portanto, a prática da ginástica gerontológica, pode ocasionar melhora nos níveis de flexibilidade e amplitude articular, consequentemente, melhorando a sua qualidade de vida. Assim, este estudo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas com a prática da ginástica gerontológica com idosos do Projeto Vida Ativa.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, da prática da ginástica gerontológica que acontece no Projeto Vida Ativa do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, tomando por base as aulas ministradas e a observação das características.

O relato de experiência é uma modalidade de conhecimento no âmbito da pesquisa qualitativa, que tem como finalidade a reinscrição e elaboração ativa por meio do trabalho de memória, no qual o sujeito foi afetado e construiu seus direcionamentos de pesquisa ao longo dos tempos (DALTRO; FARIAS, 2019). Para Minayo (2004) é um processo descritivo e interpretativo que se define por meio do olhar/leitura do pesquisador, levando a compreensão do universo existencial.

O presente relato tem por cenário as aulas de ginástica gerontológica realizadas nos anos de 2018, 2019. Serão expostas as atividades realizadas neste período, como forma de melhorar tanto as capacidades físicas quanto psíquicas e sociais.

Os procedimentos utilizados para construção desse relato de experiência foram as fotografias e vídeos (material privado) das aulas ministradas na ginástica gerontológica do Projeto Vida Ativa. Assim, a coleta de dados foi realizada por meio de observações e registros num diário de Campo durante as aulas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Projeto vida Ativa foi criado em 2010, pelo curso de Educação Física do Centro Universitário de Patos – UNIFIP, com o objetivo de proporcionar uma melhora da qualidade de vida das pessoas na velhice.

Os participantes do Projeto Vida Ativa tem a disposição aulas de danças, ginástica gerontológica e hidrogenástica. Também participam com atividades os cursos de nutrição, arquitetura, enfermagem, fisioterapia e medicina, oferecendo oficinas que promovem integração, socialização, aprendizagem, melhora das capacidades físicas, bem-estar mental.

Com relação às aulas de ginástica gerontológica, tem-se 80 idosos matriculados com idades entre 60 e 90 anos, sendo apenas 3 do sexo masculino e 77 do sexo feminino. Nas aulas são desenvolvidas atividades de alongamento, dança, exercícios com materiais alternativos como garrafas pet com areia dentro, elásticos de roupa, cabos de vassoura, bastões, arcos (bambolês), bolas dente de leite, bolinhas para massagem, toalhas, corda, bexigas, cordão, copos. Também se utiliza bolas de fitball, colchonetes, bolas de volei.

As aulas são acontecem dois dias na semana, no horário das 06:00 às 07:00 da manhã, no ginásio poliesportivo ou na sala de dança e até mesmo aulas ao ar livre nos espaços do Centro Universitário de Patos – UNIFIP.

Antes que o idoso inicie as aulas, ele precisa realizar alguns exames de saúde, assim, a inscrição para participar do projeto e das aulas o idoso deve apresentar uma xerox dos resultados de exames laboratoriais atualizados, também cópia de documentação e liberação médica para a prática de atividades físicas. Após essa fase, o idoso pode escolher uma ou mais atividades que são promovidas pelo Projeto Vida Ativa.

As aulas de ginástica gerontológica se estruturam da seguinte forma: Primeiro momento alongamento, logo após realiza-se um aquecimento com música, em seguida tem-se a parte dançante, depois se realiza um treinamento de força, e por fim a volta a calma. Esta estrutura pode ser modificada conforme o planejamento para cada aula.

Descrição da estrutura das aulas de ginástica gerontológica

Aula 1 – alongamento, aquecimento com música (Sandra Rosa Madalena – Sidney Magal), ginástica dançante (com música dos anos 60), neste momento os idosos dançam sozinhos, em duplas, em trios ou em grandes grupos. Logo após, com a bola canarinho é feito um treinamento de força, coordenação e equilíbrio. E por fim, momento de relaxamento, chamamos de rosinha (os idosos em círculo com os braços em volta da cintura um do outro, realiza movimentos leves de balanços e soltura).

Aula 2 – alongamento na barra de balé, aquecimento com música, ginástica cantada (à medida que canta a música os idosos realizam os movimento. “procurei o meu doutor, e me disse que eu tenho um tik, eu tenho um tik, tik tik”; “Uma pipoca andava na panela, outra pipoca começou a reclamar, daí então foi aquele falatório e ninguém conseguia escutar, era um tal de ploc ploploc ploc ploc ploploc ploc ploc”; “O senhor tem muitos filhos, muitos filhos ele tem, eu sou um deles, você também, louvemos ao senhor, braço direito, braço esquerdo, perna direita, perna esquerna, balance a cabeça, dá um sorriso, abraça

o colega"; "Cabeça, ombro, joelho e pé (joelho e pé), olhos, orelhas, boca e nariz, cabeça, ombro, joelho e pé". Após a ginástica cantada, treinamento de força utilizando elásticos de roupa, ora em pé oram sentados em cadeiras. E finalmente, o relaxamento, em círculo, todos viram para a sua direita e fazem massagem na costas do colega que está a frente, depois viram a esquerda e fazem massagem nas costas do outro colega.

Aula 3 – Alongamento com toalha, aquecimento com caminhada no ginásio poliesportivo, ginástica dançante com a toalha (todas as músicas de forró são dançadas com uma toalha de rosto em que os idosos realizam movimentos no ritmo musical, bem como, realizando movimentos da vida diária). Treinamento de equilíbrio com exercícios que facilitem o caminhar dos idosos. E por último, alongamento final.

Aula 4 – Alongamento em dupla, aquecimento brincante (brincadeira coelho sai da toca, 2 idosos dão as mãos e 1 fica dentro da casinha, ao sinal "coelho sai da toca", o idoso que está dentro da casinha deve sair e procurar outra casinha". Ginástica dançante, os idosos dançam em duplas, à medida que muda a música uma dupla se junta a outra até se formar um grande grupo e fazer um arraiá em círculos (olha a cobra, olha a chuva, olha a fogueira, balanceio). Treinamento de força com cabos de vassoura. E, por fim, relaxamento com bolinha de massagem os idosos realizam automassagem.

Aula 5 – alongamento com cabos de vassoura. Aquecimento com ginástica dançante utilizando os cabos de vassoura. Logo após, com bolas de fitball, foi dividido os idosos em grupos, cada grupo com uma bola de fitball, os idosos lançavam a bola de um para outro dentro do seu grupo. Em seguida, realizou-se um jogo de volei com bola canarinho, onde os idosos não precisavam jogar o volei propriamente dito, mas, pegava a bola naturalmente, cada equipe do volei deveria passar a bola por todos os participantes para poder jogar a bola para o outro lado da rede (para a outra equipe). Neste dia não foi realizado o treinamento de força, porque o jogo de volei foi muito motivante e cansativo para os idosos. Assim, finalizou-se a aula com um alongamento sentado em cadeiras.

Aula 6 – Alongamento em dupla. Caminhada orientada, dentro da intuição é que promovido o Projeto Vida ativa, em vários espaços foi colocada estações, os idosos caminhavam em direção a cada

estação e ao chegar, lá realizavam exercícios variados. Estação 1 – aquecimento com histórias contadas. Estação 2 – os idosos realizavam exercícios para membros inferiores. Estação 3 – exercícios para membros superiores utilizando garrafinhas de água mineral com areia dentro. Estação 4 – ginástica cantada: quais músicas vocês mais gostavam de cantar na infância? Várias músicas foram lembradas pelos idosos: "atirei o pau no gato", "Escravos de Jó", "Ciranda cirandinha", "Terezinha de Jesus". Estação 5 – última estação, relaxamento com exercícios respiratórios.

Aula 7 – alongamento divertido (alongamento ativo) com músicas, movimento individuais, em duplas e em trios. Aquecimento – caminhada pelo ginásio em variadas direções e variadas velocidades (sem correr). Em seguida, realizaram-se atividades com cordas, movimentos funcionais do dia a dia. Realização de atividades como a "dança da cordinha", os idosos deveriam passar por baixo da corda primeiro caminhando norma, depois a corda ficaria em menor altura e a cada vez que a corda baixava os idosos deveriam passar por baixo de uma forma diferente (não eram estipuladas maneiras de passar por baixo da corda). Outra atividade, os idosos deveriam passar por cima da corda (era colocada em uma altura baixa), os idosos deveriam ser pular ou correr, apenas ultrapassar a corda (alguns precisavam de ajuda), nesta atividade, o nível da corda só modificava de acordo com a possibilidade de cada idoso. Por fim, foi realizado um relaxamento com bolinhas de massagem (automassagem).

Relato e reflexão sobre a vivência dos idosos durante as aulas

Nas aulas de ginástica gerontológicas, tem-se em sua maioria, a participação de mulheres, dos 80 idosos 77 são do sexo feminino. Assim, no estudo de Silva e Guedes (2015) destaca que o maior percentual de mulheres (86,7%), o que pode estar relacionado à maior longevidade dessas em relação aos homens (13,3%), além de colaborar com a feminilização do envelhecimento, fator que tem sido atribuído à menor exposição a determinados riscos do que os homens, relacionados ao ambiente de trabalho (se ainda trabalham), menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, ao índice de adoecimento e incapacidades.

Conforme as aulas relatadas acima, percebeu-se que os idosos tiveram melhoras nas capacidades físicas como flexibilidade, agilidade, melhoras na marcha (melhorou o caminhar) e no equilíbrio do corpo. Pelos relatos durante as aulas, também não houve mais quedas entre eles. Percebe-se uma melhora na socialização, em fazer novas amizades e fortalecer os laços com as amizades antigas. Verificou-se também, que com o decorrer das aulas, houve uma melhora no humor dos idosos, eles conseguiam sorrir mais e se divertir no momento da aula.

E ponto importante é que, todos os idosos são independentes, ou seja, não depende de familiares, amigos ou cuidadores para levá-los até onde as aulas são realizadas. Alguns fazem seu trajeto até a instituição onde se realiza as aulas caminhando e outros em seus automóveis.

Conforme Brasil (2008) as quedas são os acidentes mais frequente nos idosos, provocando fraturas no fêmur, costela, coluna, bacia e braço. Buksman *et al.* (2008) afirma que as quedas são consequência da perda de equilíbrio postural e pode ser um sinalizador do declínio da capacidade funcional ou sintoma de alguma doença.

Percebe-se uma melhora no caminhar desses idosos que participam da ginástica gerontológica. Assim, o estudo de Fernandes *et al.* (2012) verificou os efeitos de um programa de exercícios físicos na marcha e na mobilidade funcional de idosos, e obtiveram como resultados que, o programa de exercícios físicos direcionados para a prevenção de quedas melhorou o desempenho funcional dos idosos, alterando de forma positiva as variáveis da marcha.

Ainda sobre a melhora do caminhar, no estudo de Maranhão Sá, Bachion e Menezes (2012) que teve como objetivo avaliar um programa de intervenção com exercícios físicos em grupo na prevenção de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência. Eles identificaram que as intervenções realizadas conforme o programa de exercícios físicos mostrou-se adequada não foram suficientes para melhorar a marcha, flexibilidade da coluna e quadril e medo de quedas, bem como para reduzir o número de idosos que sofreram quedas a partir do início do estudo.

Assim, os dados da pesquisa supracitada diferem deste relato de experiência sobre o grupo do projeto Vida Ativa, que identificou melhora na marcha, não houve relatos sobre quedas e conforme avaliação que

foi realizada nos idosos verificou-se uma melhora nos níveis de flexibilidade, o que mostra o quanto a ginástica contribuiu para a melhora dos aspectos físicos.

Fazendo uma relação com os benefícios que as aulas de ginástica gerontológica têm proporcionado aos idosos do Projeto Vida Ativa, o estudo de Locatelli e Vieira (2016) vem afirmar que os exercícios físicos mais recomendados para os idosos são hidroginástica, caminhada e ginástica. Entre os principais benefícios da ginástica tem-se, o aumento da massa magra, da força e da flexibilidade, prevenção de doenças crônico-degenerativas, melhora da autoestima e da capacidade funcional. Sendo assim, a ginástica oferece benefícios à saúde do idoso, tornando-o apto a realizar as atividades da vida diária de uma maneira mais independente, melhorando assim, sua qualidade de vida e bem-estar.

Conforme o que se verificava durante as aulas com relação a flexibilidade, notou-se uma melhora nos níveis, assim a pesquisa, que foi realizada com os idosos do Projeto Vida ATiva por Formiga (2020) reforçou a certeza em forma de resultados numéricos. O estudo do autor verificou o nível de flexibilidade de idosas do Porjeto Vida Ativa praticantes de ginástica gerontológica ao longo de 3 meses. Ele verificou que no pré-teste as idosas estava num nível muito fraco de flexibilidade, já no pós-teste estavam no nível fraco. Assim, concluiu que as idosas obtiveram uma melhora na flexibilidade ao longo de 3 meses de prática de ginástica gerontológica.

Moura *et al.* (2018) realizaram uma pesquisa que tem como objetivo avaliar os níveis de força e flexibilidade de idosas participantes de ginástica aeróbica, hidroginástica e treinamento de força. Os resultados apontaram que as praticantes de musculação apresentou maior força de membros inferiores do que as que realizavam hidroginástica, e as idosas que praticava ginástica e hidroginástica apresentaram maior flexibilidade. Assim, chegaram a conclusão que quem praticava ginástica e hidroginástica possuem maior flexibilidade.

No estudo de Lima *et al.* (2010) que teve como finalidade avaliar a influência de um programa de ginástica, de dois meses de duração, sobre a postura e flexibilidade de idosas institucionalizadas. eles verificaram que as participantes modificaram a postura, teve redução da retroversão pélvica e aumento significativo ($p < 0,001$) de flexibilidade,

assim, concluíram que a ginástica é capaz de melhorar as alterações posturais e resgatar a flexibilidade de idosas.

Conforme estudo de Camboim *et al.* (2017), que teve como objetivo descrever a experiência de idosos perante os benefícios da atividade física para a qualidade de vida e citar os benefícios da atividade física para a qualidade de vida na terceira idade. Eles compreenderam que a atividade física é importante para todos os aspectos que envolve m o processo de envelhecimento e na promoção da saúde e qualidade de vida.

Costa, Cabral e Santos (2017) analisaram os fatores motivacionais para a participação de idosos em programa de atividades físicas do Centro de Convivência da Terceira Idade em Teresina – PI. Eles identificaram que os aspectos que motivava os idosos eram a prevenção de doenças, a reabilitação e manutenção da saúde e o lazer, sendo a iniciação nas atividades motivadas pela família, iniciativa própria ou recomendação médica. Aspectos como melhora da saúde, a diminuição das dores, o aumento da força, resistência flexibilidade, a ampliação do círculo de amizades foram os principais motivos à prática de atividade física.

Em estudo realizado por Varanda (2003) que teve como objetivo principal levantar quais são os motivos que fazem com que os indivíduos idosos iniciem uma prática de atividades físicas no envelhecimento. Obtiveram como resultados que o que motiva os idosos a buscar pela prática de atividade física é o encaminhamento médico, por conselho e/ou convite de amigos, pelo relacionamento com outras pessoas, por causa do sentimento de solidão e inutilidade vivenciado, pela consciência dos benefícios proporcionados, por perceber mudanças no corpo ocasionadas pelo envelhecimento, para dar continuidade a uma atividade. Assim, verificaram que de acordo com os relatos dos idosos, os benefícios abrangem aspectos físicos, mental e social. E concluíram que a motivação para a prática de atividade física é diversificada, variando conforme a necessidade e história de vida de cada um.

Silva *et al.* (2016) investigaram os fatores motivacionais de idosos para praticarem atividades físicas regularmente. Eles verificaram que o principal fator motivacional para os idosos é a saúde, depois sociabilidade e o prazer ambos com mesmo índice, logo após o controle do estresse, e por fim, a estética e a competitividade. Em conformidade

com estes dados, esta pesquisa também encontrou que a saúde é o principal fator e em último a aparência.

Ribeiro *et al.* (2009) analisou a influência da intervenção de um programa de ginástica por 24 semanas e do período de destreino de 8 semanas na aptidão funcional de idosos em quatro centros de saúde do município de Florianópolis. Eles constataram que o programa de ginástica colaborou para a melhora da aptidão funcional geral das idosas, sendo que as aptidões físicas de força de membros superiores e coordenação foram as que obtiveram maiores alterações e no período de destreino verificou-se uma melhora na resistência aeróbica. Assim, eles concluíram que a atividade física para idosos tem grande importância na manutenção/melhora de sua aptidão funcional.

O estudo de Oliveira *et al.* (2010) onde teve como objetivo comparar a satisfação com a vida e atitudes em relação a velhice dos idosos frequentadores de atividades físicas. Os resultados mostraram que os idosos fisicamente ativos são mais satisfeitos com a vida, onde possuem uma motivação para lidar com a terceira idade, do que os idosos que são inativos fisicamente. Concluíram que a atividade física é um meio que faz com que esse s idosos sintam-se satisfeitos com a vida.

No estudo realizado por Silva e Guedes (2015) que teve como objetivo analisar os efeitos de um programa de ginástica orientada sobre os níveis de flexibilidade de idosos. Eles constataram que todos os indivíduos apresentaram melhoras significativas na flexibilidade, onde no pré-teste obeteram média de 21,12 e no pós-teste de 23,17. Desta forma, concluíram que houve um ganho na flexibilidade dos participantes de ginástica orientada, evidenciado que a realização de exercícios do programa de alongamento reflete em benefícios à amplitude de indivíduos idosos.

Gabriel, Santos e Salles (2013) verificaram os efeitos da ginástica sobre o estado de humor de indivíduos da terceira idade. Eles identificaram diferenças em todas as dimensões do estado de humor medidas pelos questionários Profile of Mood States (POMS), encontraram resultados significativos na redução do aspecto confusão ($p=0,03$) e o aumento do aspecto vigor ($p=0,03$). Concluíram que a prática da ginástica proporcionou efeitos agudos positivos sobre o perfil de humor. Esses dados se assemelham os relatos do presente estudo, que identificou uma melhora no humor dos idosos participantes da ginástica gerontológica do Projeto Vida Ativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, conclui-se que, conforme o relato de experiência vivenciado como professores percebeu-se que prática da ginástica gerontológica tem beneficiado os idosos praticantes nos aspectos biopsicosociais, sendo observada ausência de quedas, melhora das capacidades físicas, aumento dos laços de amizade. Desta forma, manter a prática da ginástica fez com que os idosos pudessem fazer uma manutenção de um estilo de vida ativo durante o período da velhice, potencializando fatores psicossociais e melhorando a qualidade de vida dos idosos.

Portanto, a manutenção da capacidade funcional dos idosos é um dos fatores que contribui para uma melhora qualidade de vida. Além disso, a prática da atividade física é um importante meio para se alcançar objetivos e deve ser estimulada ao longo da vida.

Para tanto, fica aberto espaço para pesquisas que possam compreender mais detalhadamente os fatores associados à prática da ginástica gerontológica. Também é necessário estudos futuros para comprovar que esta população de fato obteve sucesso durante a intervenção da prática. Além disso, pesquisas nessa temática são importantes, pois possibilita a avaliação e o planejamento de programas de atividade física para idosos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Vanessa Siligo. **Benefícios do exercício físico na terceira idade**. 2014. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Educação Física) – Universidade de Brasília, Barra do Bugres – MT, 2014.

BARBON, Fabíola Jardim; WIETHOLTER, Paula; FLORES, Ricardo Antunes. Alterações celulares no desenvolvimento humano. **J. Oral Invest.**, v. 5, n. 1, p. 61-65, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BUKSMAN, S.; VILELA, A. L. S.; PEREIRA, S. R. M.; LINO, V. S.; SANTOS, V. H. **Quedas em idosos: prevenção**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2008.

CAMBOIM, Elidivânia de Farias; NÓBREGA, Marie Oliveira; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; CAMBOIM, Cleston Alves; NUNES, Rosa Martha Ventura; OLIVEIRA, Silvia Ximenes. Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2415-22, jun. 2017.

CENTRO DE PSICOTERAPIA ANALÍTICO-FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL. **Da psicoterapia analítico-fenomenológico-existencial.** Belo Horizonte: CEPAFE, 2002.

COSTA, Fábio Soares; CABRAL, Camila Oliveira de M.; RODRIGUES, Janete de Páscoa; SANTOS, Andreia Mendes. Idosos e exercícios físicos: motivações e contribuições para a saúde e o lazer. **Licere**, v. 20, n. 4, dez. 2017.

COSTA, Lucas da silva; SOUSA, Neurisete Moreira; ALVES, Aleandro Geraldo; ALVES, Fernanda A. Vargas de Brito; ARAUJO, Rafael Ferraz; NOGUEIRA, Mariane Santos: Análise comparativa da Qualidade de vida equilíbrio e força muscular em idosos praticantes de exercício físico e sedentários. **Revista Faculdade de Montes Belos(FMB)**, Montes Belos, v. 8, n. 3, p. 61-179, 2015.

DALTRO, Mônica Ramos; FARIAS, Anna Amélia. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, jan./abr. 2019.

DAWALBI, N. W.; ANACLETO, G. M. C.; WITTER, C.; GOULART, R. M. M.; AQUINO, R. C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SCIELO. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 393-403, jul./set. 2013.

FARINATTI, P. de T. V. Flexibilidade e esporte: uma revisão da literatura. **Rev Paul EducFís**, v. 14, n. 1, p. 85-96, 2000.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontece com o idoso ao passar dos anos. **Rev. Cient. Internac.**, v. 1, n. 7, jan./mar. 2012.

FERNANDES, Mércia Barbosa Leite; FERREIRA, José Jamacy de Almeida; STOLT, Lígia Raquel Ortiz Gomes; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes; CLEMENTINO, Adriana Carla Costa Ribeiro; SOUSA, Núbia Melo. Efeitos da prática de exercícios físicos sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. **Fisioter Mov.**, v. 25, n. 4, p. 821-30, out/dez. 2012.

FORMIGA, Mateus Linhares Arruda. **Flexibilidade em idosas praticantes de ginástica gerontológica.** 2020. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Educação Física) – Centro Universitário de Patos –UNIFIP, Patos – PB, 2020.

FREITAS, Mariana Ayres Vilhena; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 395-401, jun. 2010.

GABRIEL, Caroline Brasil; SANTOS, Letícia; SALLES, Paulo Gil. Efeitos agudos da atividade física sobre o estado de humor de indivíduos da 3ª idade. **Revista Saúde Física & Mental- UNIABEU**, v.2, n.1, Jan./Jul. 2013

GREMEAUX, V. et al. Exercise and longevity. **Maturitas**, v.73, 2012.

LIMA, Alisson Padilha; DELGADO, Evaldo Inácio. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. **Rev. de Educ. Fís.**, v.1, n. 2, p. 76-91, set/out. 2010.

LIMA, H. C. O.; AGUIAR, J. B. de; PAREDES, P. F. M.; GURGEL, L. A. Avaliação dos benefícios da ginástica localizada sobre a postura e a flexibilidade de mulheres na terceira idade. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.24, n.4, p.525-34, out./dez. 2010

LOCATELLI, Jamille; VIEIRA, Milla Miriane. Exercício físico na Terceira idade: benefícios da prática de ginástica no processo de envelhecimento. **R. Min. Educ. Fís.**, Viçosa, v. 24, n. 2, p. 65-80, 2016

MARANHÃO SÁ, Ana Claudia Antônio; BACHION, Maria Márcia; MENEZES, Ruth Losada. Exercício físico para prevenção de quedas: ensaio clínico com idosos institucionalizados em Goiânia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2117-2127, 2012

MENDES, Juliana Lindonor Vieira; SILVA, Sara Cardoso; SILVA, Gabriel Rumão; SANTOS, Naira Agostini Rodrigues: O aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **Revista Educação, Ambiente e Saúde**, v.8, n.1, p. 14-25, jan/mar. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOURA, Maria Martha Duque; VERAS, Renato Peixoto. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. **Rev. de Saúde Colet.**, v. 27, n. 1, p. 19- 39, 2016.

MOURA, E. S. de; CASTRO, H. de O. AGUIAR, S. S.; BORGES JUNIOR, M.; COSTA, G. de C. T.; PIRES, F. de O.; SOARES, K. V. B. de C. Avaliação do nível de força e flexibilidade de idosos praticantes de atividades físicas. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 12, n. 75, Suplementar 1, p.496-502, Jan./Jun. 2018.

OLIVEIRA, Aldalan Cunha de; OLIVEIRA, Núcia Macêdo Diniz; ARANTES, Paula Maria Machado; ALENCAR, Mariana Asmar. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 301-312, maio/ago. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde**: O imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, 2012, 515p.

RIBEIRO, J. A. C.; CAVALLI, A. S.; CAVALLI, M. O.; POGORZELSKI, L. V.; PRESTES, M. R.; RICARDO, L. 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.; MAZO, G. Z.; BRUST, C. B.; CARDOSO, A. S. A.; SILVA, A. H.; BENEDETTI, T. R. B. Programa de ginástica para idosos nos Centros de saúde: avaliação da aptidão funcional. **Fisioter Mov.**, v. 22, n. 3, p. 407-417, jul/set. 2009

SILVA, Jéssica Migliuruci: Benefícios do exercício físico nas capacidades funcionais e nos estados psicológicos de idosos institucionalizados. **Revista Educação Física UNIFAFIBE**, São Paulo, n. 3, p. 72-80, dez. 2015.

SILVA, Agnes Navarro Cabral; CASTANHO, Gabriela Kaise Fullin; CHIMINAZZO, João Guilherme Cren; BARREIRA, Júlia; FERNANDES, Paula Teixeira. Fatores motivacionais relacionados à prática de atividades físicas em idosos. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 4, p. 677-685, out/dez. 2016.

SILVA, José Leandro Soares; GUEDES, Rosilene Maria Lucena. Efeitos de um programa de ginástica orientada sobre os níveis de flexibilidade de idosos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 541-548, set./dez. 2015.

VARANDA, Ivone de Vicentin dos Santos. **Quais os motivos que levam idosos a procurar por atividades físicas?**. 2003. 101f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

A IMAGEM DA VELHICE EVIDENCIADA NO INSTAGRAM DURANTE A PANDEMIA DO COVID 19

ANA KATARINA DIAS DE OLIVEIRA

Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, Assistente Social e Nutricionista, akatarinadoli@gmail.com;

KALYANE KELLY DUARTE DE OLIVEIRA

Doutora e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Professora do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, kenfoliveira@gmail.com.

RESUMO

A COVID-19 trouxe visibilidade à população idosa, uma vez que nos primeiros meses de pandemia os dados sobre a doença mostraram maior incidência de mortes em idosos, principalmente quando a idade estava associada a comorbidades. Discussões sobre medidas de proteção a esse grupo considerado de risco, nas redes sociais, evidenciaram ainda mais o preconceito e o estigma que cercam o envelhecimento humano. Portanto esse trabalho tem como objetivo identificar a imagem da velhice no contexto da pandemia da COVID-19 veiculada no Instagram. Consiste numa pesquisa documental, descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida usando hashtags para buscar imagens e vídeos do Instagram que retratam a imagem da velhice na pandemia da COVID-19. A análise dos dados foi por estatística descritiva. 87,3% são fotos e apenas 12,7% são vídeos. 58,2% das publicações são de março de 2020, 21,8% entre abril e novembro de 2020 e 20% em 2021. 63,3% das publicações estavam em perfis pessoais e desses 43,3% eram perfis de profissionais de saúde ou gerontologia. 99% das publicações encontradas nessa pesquisa caracterizavam-se, direta ou indiretamente, pelo tom de cuidado. Os resultados mostram que, embora essas publicações, em sua maior parte, não tivessem claramente um tom agressivo e com viés político característico desse momento, elas indiretamente reforçam uma imagem depreciativa do envelhecimento, uma vez que exacerbaram representações negativas comuns ao ideário brasileiro de que pessoas idosas são frágeis, dependentes e merecedoras de cuidados diferenciados, enfatizando, de certa forma, uma decadência física e social.

Palavras-chave: Envelhecimento, Idoso, Redes Sociais, Pandemia, Coronavírus.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história humana há vários registros de epidemias e pandemias que assolaram populações, como a “Peste Negra” no século XIV, a “Gripe Espanhola” no início do século XX e mais recentemente a H1N1, Ebola e Zika Vírus, já no século XXI. Entretanto, nenhuma das epidemias ou pandemias anteriores teve um alcance tão rápido a nível global como a COVID-19, que em três meses já acometia pessoas em praticamente todos os países do mundo (GALHARDI *et al*, 2020; PAULA; MELLO, 2020).

Os primeiros casos de COVID-19 foram registrados na China no final de 2019, na época uma doença nova e desconhecida, com sintomas semelhantes à pneumonia, mas com contágio veloz e alta letalidade. A primeira notificação oficial da nova doença junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) aconteceu em dezembro de 2019, e o número de novos casos se espalhou tão rapidamente por vários países, que em 11 de março de 2020 a OMS declarou situação de pandemia mundial (BEZERRA *et al*, 2020; MAGNO *et al*, 2020; SILVA; JARDIM; SANTOS, 2020).

No Brasil, o primeiro caso registrado aconteceu na cidade de São Paulo, no dia 26 de fevereiro de 2020, sendo, também, o primeiro caso oficialmente conhecido na América Latina. Em agosto do mesmo ano, o país chegou à marca de 3 milhões de casos confirmados e 100 mil óbitos por COVID-19 (BEZERRA *et al*, 2020; HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020; SILVA; JARDIM; SANTOS, 2020).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, até o dia 26 de agosto de 2021 foram registrados 215 milhões de casos no mundo com 4,48 milhões de óbitos. Nessa mesma data o Brasil registrava pouco mais de 20.680 casos e 578 mil mortes. Esse cenário marcado pela evolução da pandemia em escala mundial, como mostram os boletins epidemiológicos diários, não deixa dúvidas de que o mundo vive o maior desafio sanitário desse século. E essa situação vem afetando significativamente os sistemas políticos, econômicos e sociais, com impacto considerável para as populações mais vulneráveis (BARBOSA, *et al* 2020; BRASIL, 2021; RANZANI *et al*, 2021)

O nome COVID-19 origina-se da abreviação de **Coronavirus Disease** 2019, uma doença provocada por uma nova espécie do

coronavírus humano - SARS-CoV-2, que se diferencia das demais espécies da família por causa do tempo de incubação, velocidade de transmissão, alto poder de contágio e riscos de mortalidade (COSTA E SILVA *et al*, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Os sintomas iniciais são diversos, variando desde casos assintomáticos a casos cujos sintomas se assemelham ao de outras viroses gripais, como tosse, febre, fadiga, dor de cabeça, dor na garganta, podendo evoluir para alterações pulmonares. Algumas vezes, embora menos comum, podem acontecer problemas gastrointestinais como diarreia, náuseas e vômitos. Em casos graves os pacientes podem chegar a óbito (COSTA E SILVA *et al*, 2020; ROMERO *et al*, 2021). Nos primeiros meses de 2020 os dados sobre a doença mostraram maior incidência de mortes em pessoas idosas, principalmente acima de 80 anos, e pessoas com comorbidades como cardiopatias, diabetes, doença renal, imunodepressão, obesidade e doenças pulmonares (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Logo, fazer parte do grupo de risco trouxe visibilidade para a população idosa, visibilidade essa que leva a reflexões a cerca da velhice e do envelhecer nas sociedades contemporâneas, e em muitos momentos durante a pandemia ficou evidente o preconceito e o estigma que cercam o envelhecimento humano. Diante do desconhecimento sobre a nova doença, cuidados preventivos como higienização das mãos, superfícies de contato e objetos, além de distanciamento social, foram as medidas adotadas para tentar conter o avanço de novos casos (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020 ; PAULA *et al*, 2020).

A crise nos sistemas mundiais de saúde pública, evidenciada e reforçada pela pandemia, foi alvo de debates algumas vezes acirrados nos meios de comunicação. No Brasil, essa crise foi intensificada pela polarização política e pelo descrédito nas instituições tradicionais, por isso as discussões sobre a responsabilidade dos cuidados com idosos durante a pandemia teve grande espaço nas mídias, principalmente sociais (PAULA *et al*, 2020).

Muito se discutiu se as medidas de distanciamento deveriam se estender a todos ou limitar-se aos idosos, uma vez que inicialmente esses eram o principal grupo de risco para casos graves, e o fechamento das atividades não essenciais representava, como afirmavam algumas pessoas, um risco para a economia. Entretanto, o avanço da

pandemia mostrou que a flexibilidade da quarentena e restrição do isolamento apenas aos idosos revelou-se ineficaz. O avanço dos casos em populações jovens e sem comorbidades, e a consequente superlotação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), levou alguns países, como a Itália, a viver o conflito ético de escolher a quem destinar os leitos de UTI de acordo com critérios de maior possibilidade de sobrevivência. Nesse cenário tétrico, os mais jovens eram os privilegiados (PAULA *et al*, 2020).

Emergem, desse contexto, os questionamentos: O valor da vida humana pode ou deve ser definido apenas por critérios etários? Qual a imagem dos idosos nas redes sociais no contexto da pandemia da COVID-19? Uma vez que as redes sociais são plataformas digitais onde a informação se espalha rapidamente, através de postagens feitas a cada instante, e refletem os discursos, imagens e opiniões que permeiam a sociedade real, além de ter forte poder de influenciar as pessoas, surge a reflexão acerca das consequências dessas imagens sobre envelhecimento na vida prática dos idosos (XAVIER, 2020; RECUERO; SOARES, 2020).

Uma imagem negativa do envelhecimento pode reforçar os preconceitos e estigmas já existentes em relação a pessoas nessa fase da vida. Portanto, esse trabalho tem como objetivo identificar a imagem da velhice no contexto da pandemia da COVID-19 veiculada no Instagram.

O Instagram é a plataforma digital que mais cresce em número de seguidores no Brasil nos últimos anos. Lançado em 2010 com a função principal de compartilhamento de fotos, rapidamente ganhou popularidade e adicionou outras funções, como a aplicação de filtros digitais. Em 2012 foi adquirida pelo Facebook, que hoje compartilha alguns serviços entre as duas redes (AP ROBATO, 2018). Embora o relatório **We Are Social e Hootsuite** mostre que pesquisa realizada entre abril de 2019 a janeiro de 2020 tenha apontado o Facebook como rede social mais utilizada que o Instagram pelos brasileiros, esta última ocupa a segunda posição no ranking global de número de usuários com 66 milhões de usuários, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (KEMP, 2020).

Para conhecer a imagem dos idosos que está sendo divulgada nessa rede social, foi realizada pesquisa documental a partir das

hashtags #covididosos, #pandemiaidoso, #coronavirusidosos. Os resultados aqui apresentados, embora retratem apenas um recorte de uma rede social, mostram como a pandemia da COVID19 contribuiu para revelar o ageísmo que permeia a sociedade brasileira.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste numa pesquisa documental, descritiva com abordagem quantitativa. O cenário da pesquisa foi o Instagram e a escolha dessa rede social se deu por ser uma plataforma digital de grande popularidade no Brasil e por sua modalidade de interatividade social. E a contrário da crença popular de que redes sociais são coisas de jovem estudo realizado por Aprobato (2018) aponta que 57% dos usuários brasileiros de internet entre 55 e 65 anos de idade tem conta no Instagram.

A amostra deste estudo foi composta pelas publicações, vídeos ou fotos, do Instagram. Foram considerados como critério de inclusão na pesquisa **hashtags** utilizadas conforme orienta a busca na rede social #covididosos, #pandemiaidoso, #coronavirus idosos e publicações em língua portuguesa. **Hashtags** são comandos usados com a finalidade de agrupar imagens sobre um determinado assunto, e assim facilitar a disseminação do conteúdo, permitindo acompanhar as discussões sobre um determinado tema de forma organizada . Funcionam como uma espécie de palavras-chaves que possibilita buscas posteriores (P IZA, 2012).

Os critérios de exclusão foram: páginas repetidas, sem imagem no perfil, postagem de **gifts, boomerang** e em língua estrangeira. A escolha por **hashtags** com combinação de palavras se deu por assim filtrar melhor o conteúdo, uma vez que palavras isoladas com idoso ou COVID-19 tem um número muito alto de postagens não relacionadas diretamente ao tema de interesse desse estudo e conseqüentemente dificultaria m a pesquisa.

Os dados foram coletados em formulário elaborado para o estudo. O formulário busca informações como: postagem em foto ou vídeo, mês e ano da publicação, número de seguidores, categoria da postagem, entre outros. A coleta aconteceu no mês de julho de 2021, através de conta pessoal da pesquisadora no Instagram. Foram descartadas

as postagens repetidas. O formulário era respondido logo após a visualização do vídeo ou imagem, sendo preenchidos os dados e as impressões das publicações. Durante a pesquisa com a **hashtag** #covididosos, encontrou-se 112 publicações, com a #pandemiaidosos apenas 8 publicações e com #coronavirusidosos 85 publicações, totalizando 205 postagens. Aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 55 publicações.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples, utilizando como suporte o Microsoft Excel 365, e discutidos a partir de referencial teórico pertinente. O estudo não requer aprovação do comitê de ética, uma vez que os dados utilizados são de domínio público, expostos no Instagram, porém, os autores atestam que todos os princípios éticos foram seguidos conforme a resolução 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 55 publicações selecionadas 87,3% (n=48) são fotos e apenas 12,7% (n=7) são vídeos. Os vídeos tem duração variável, 4 deles tem até 6 segundos, 2 duram entre 3 a 5 minutos e apenas 1 teve duração bem maior, de 48 minutos. As fotos tinham conteúdo e texto diversos e de maneira geral o conteúdo das postagens podem ser classificados em 3 categorias: a) Isolamento, restrição de visitas, cuidados para prevenção da COVID-19, b) Idosos como grupo vulnerável, c) Ações para amenizar o impacto do isolamento, com destaque para o incentivo do contato virtual.

Em relação ao período das postagens 58,2% (n=32) delas foram publicadas em março de 2020, 21,8% (n=12) entre abril e novembro desse mesmo ano, e 20% (n=11) em 2021. O maior percentual de postagens em março de 2020 coincide com o início oficial da pandemia no país, período em que se começou a divulgar na mídia nacional a importância do isolamento para a contenção da pandemia. A relação entre os idosos e a pandemia, e o maior número de postagens do primeiro trimestre de 2020, provavelmente está associada as notícias de idosos como pessoas mais suscetíveis a nova doença, como foi divulgado amplamente por órgãos oficiais em todos os meios de comunicação.

Trabalhos publicados em 2020 ressaltam essa opinião. Massuda *et al* (2020) dizem que estudos realizados na China no início da pandemia mostraram que idosos e pessoas com doenças crônicas eram mais propensos a apresentarem as formas graves da COVID-19, situação que foi confirmada também na Espanha, onde os idosos corresponderam, no primeiro semestre de 2020, a 68% das internações hospitalares pela doença. Para Hammerschmidt e Santana (2020) os idosos são figuras centrais nas discussões sobre a pandemia por demandarem atenção especializada de saúde a fim de reduzir a possibilidade de colapsos no sistema de saúde e sociedade.

Massuda *et al* (2020) ressaltam que o envelhecimento favorece a redução da resposta do sistema imunológico e quando esse quadro é associado a doenças como hipertensão e diabetes, aumenta consideravelmente a possibilidade de desfechos adversos em idosos acometidos pela COVID-19. Essa ideia é reforçada nos informes divulgados pelo Ministério da Saúde no início da pandemia que colocava pessoas acima de 60 anos, pessoas de qualquer idade que tenham comorbidades, como: cardiopatia, diabetes, pneumopatia, doença neurológica ou renal, imunodepressão, obesidade, asma e puérperas, como grupos de risco para o desenvolvimento e agravamento do novo coronavírus (BRASIL, 2020b).

Nessa pesquisa 36,4% (n=20) das publicações mostravam de alguma maneira, sejam através da imagem ou no texto, os idosos como pessoas que demandavam atenção maior na pandemia. Uma postagem de vídeo publicada numa página pessoal em março de 2020, mostra o apresentador Marcos Mion chamando a atenção para a situação angustiante dos idosos na Itália diante da falta de leitos hospitalares e alertando os brasileiros para evitar se chegar a esse ponto no país.

Estudo realizado por Barbosa *et al* (2020) mostra dados de boletim epidemiológico do Paraná de 27 de junho de 2020, onde do total de 562 óbitos por COVID-19, cerca de 70,8% referem-se à população idosa e, destes, aproximadamente 34,9% são de pessoas acima de 80 anos. Já Romero *et al* (2021) apontam que a nível nacional, entre março e junho de 2020 o país registrou, de acordo com o Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), 35.126 óbitos de

pessoas acima de 60 anos por COVID-19, o que correspondia a 71% do total de óbitos pela doença naquela época.

Para a Organização das Nações Unidas (ONU) o avanço da doença e a disseminação do vírus em países com precários sistemas de proteção social pode contribuir para o aumento da taxa de mortalidade em pessoas idosas. Romero *et al* (2021) ressalta ainda que a pandemia pode aumentar o risco de pobreza entre a população idosa, além da perda de suporte social, reforçar estigma, discriminação e isolamento, condições tão frequentemente vinculadas a esse grupo.

A ideia de fragilidade desse grupo etário é reforçada nas publicações sobre necessidade de cuidados para prevenção da doença, higienização de mãos e objetos, restrição de visitas a idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência (ILPI) e principalmente isolamento social. 47,3% (n=26) das publicações abordavam um ou mais desses temas. Em algumas postagens os textos enfatizavam que essas orientações serviam para pessoas de todas as idades, mas que deveriam ser intensificadas em pessoas idosas.

É interessante ressaltar aqui que essa pandemia tem como grupo de risco a faixa etária que mais vem crescendo mundialmente nas últimas décadas. E se por um lado o aumento da expectativa de vida representa uma conquista a muito sonhada pela humanidade, aliada ao progresso da ciência, principalmente na área da saúde, por outro ela se dá acompanhada de estigmas e preconceitos. Para Castro *et al* (2020) essa situação consiste num paradoxo que é influenciado não só pelo envelhecimento individual como também pela maneira como a ciência e a sociedade se posicionam sobre a velhice

Dutra e Carvalho (2021, p.80) dizem que a sociedade vê o envelhecimento "como sinônimo de perdas, incapacidades, limitações, adoecimentos e dependência. Nessa pesquisa foi possível perceber que as publicações relacionadas aos cuidados e prevenção da COVID-19 em pessoas idosas tinham um tom de preocupação, zelo ou até mesmo respeito. Numa das publicações feitas numa página de uma ILPI o texto diz que as visitas estão suspensas por tempo indeterminado e que: "no momento se afastar é um ato de proteção", ressaltando assim a necessidade que as pessoas idosas tem de serem cuidadas, protegidas.

Em outra publicação, numa página de uma Organização Não Governamental (ONG), a foto de uma idosa vem seguida do texto: "Nós jovens temos a responsabilidade de preservar os grupos de riscos como os idosos. Cuidem deles porque um dia será você também". Nesse caso percebe-se um tom de obrigação, algo que devo fazer pelo outro pensando num bem-estar próprio no futuro. Trazendo a tona à reflexão de Alcantara (2021, p. 202) que diz: "Quão distante é a velhice na/da vida do jovem. Como é difícil sentir-se no lugar do outro, que mesmo não sendo eu, retrata minha condição futura".

A antropóloga Mírian Goldenberg afirma que o brasileiro associa beleza e saúde a juventude, por isso a cultura brasileira é caracterizada pelo temor ao envelhecimento, para ela parte da população brasileira considera o idoso um peso para a sociedade e a pandemia da COVID-19 evidenciou ainda mais visão preconceituosa (BARRUCHO, 2020). Opinião corroborada no estudo de Bergman e Bodner (2015) onde diz que a rejeição dos jovens brasileiros, mesmo inconscientemente, a ideia da velhice esta associada ao desejo de retardá-la ao máximo, uma vez que o envelhecimento é uma condição desvalorizada em nossa sociedade.

Apesar do tom de zelo das publicações em muitas delas é possível perceber, embora de forma velada a visão estigmatizada do envelhecimento na sociedade. Apenas uma publicação feita numa página pessoal revelava de forma mais direta o preconceito camuflado na sociedade através de um vídeo que "viralizou" na internet como "caminhão cata velho". Embora o idealizador da ideia apareça em vários vídeos na internet dizendo que a proposta era conscientizar a população idosa sobre a importância do isolamento de forma bem humorada num momento difícil, a proposta não foi bem vista por alguns estudiosos do envelhecimento (CAMINHÃO..., 2020).

Para Correa e Justo (2021) o vídeo evidencia o tratamento discriminatório e preconceituoso para com os idosos, ressaltado durante a pandemia. Para esses autores o vídeo parece fazer alusão as antigas carrocinhas que recolhiam animais na rua o que acaba representando uma desqualificação e inferiorização dos idosos. Opinião corroborada por Henning (2020) que vê nos memes e outras postagens mostrando velhos retratados de forma infantil e estereotipada, desafiando o isolamento social.

A terceira categoria de publicações encontradas refere-se a ações para amenizar o impacto do isolamento social, a importância do contato virtual seguida de mensagens positivas de superação. 16,3% (n=17) das publicações encontravam-se nessa categoria. As sugestões apresentadas nas publicações variavam de dicas de atividades físicas e de lazer como leitura, filmes e outros, como também, divulgação de cursos e atendimentos online.

Entretanto, a maioria das publicações encontradas nessa pesquisa, 99% (n=55), caracterizavam-se, direta ou indiretamente, pelo tom de cuidado. Isso pode estar associado às páginas onde foram encontradas as postagens. 63,3% (n=35) das publicações estavam em perfis pessoais e desses 43,3% (n=24) eram perfis pessoais de profissionais ligados a área de saúde ou gerontologia. O quadro abaixo mostra a distribuição percentual de postagens por profissão:

Quadro 1: Distribuição de publicações por profissionais

Profissão	% (n)
Fisioterapeuta	9,1% (n=5)
Médico Geriatra	7,3% (n=4)
Médico Cardiologista	1,8% (n=1)
Gerontólogo	18,2% (n=10)*
Nutricionista	1,8% (n=1)
Dentista	1,8% (n=1)
Psicólogo	7,3% (n=4)
Fonoaudiólogo	1,8% (n=1)
Advogada	1,8% (n=1)
Secretários de Saúde	3,6% (n=2)

*Das 10 postagens 6 foram feitas na mesma página

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

No quadro acima percebe-se um predomínio de publicações em páginas de profissionais de saúde, principalmente fisioterapeutas. Chama a atenção a ausência de publicações sobre idosos e coronavírus por profissionais de enfermagem, profissão que teve muita visibilidade durante a pandemia. Estudo realizado por Oliveira *et al* (2020) sobre a imagem do enfermeiro na mesma rede social, encontrou considerável

número de publicações sobre COVID-19 em páginas relacionadas a enfermagem, embora o estudo não se refira a nenhuma sobre idosos.

As demais publicações foram encontradas em: páginas de órgãos públicos 10,9% (n=6) e páginas de empresas 25,5% (n=14), sendo que desse total publicado por empresas 57,1% (n=8) eram ILP Is ou serviços de Home Care voltados para idosos. A repercussão das publicações selecionadas foram variadas quando avaliadas a partir do número de curtidas, a maioria tiveram menos de 100 curtidas e apenas 8 das 55 publicações tiveram acima de 100 curtidas. Isso pode estar relacionado ao número de seguidores das páginas encontradas na pesquisa conforme mostra quadro abaixo:

Quadro 2: N úmero de seguidores por páginas do Instagram

Número de seguidores	Número de páginas
100 a 200	03
201 a 300	02
301 a 400	02
401 a 500	04
501 a 600	02
701 a 800	04
801 a 900	03
901 a 1.000	02
1.001 a 2.000	20
2.001 a 3.000	03
3.001 a 4.000	03
4.001 a 5.000	01
5.001 a 6.000	01
7.001 a 8.000	01
14.900	01

Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Como se vê no quadro acima 99% (n=51) dos perfis tinha menos de 7.000 seguidores, com predomínio de páginas com menos de 2.000 seguidores e apenas 1% (n=1) tinha 14.900 seguidores. No Instagram o número de seguidores de um perfil determina prestígio aquela pessoa dentro da comunidade e geralmente esses seguidores se identificam

de alguma forma com as postagens publicadas em determinado perfil (PIZA, 2012).

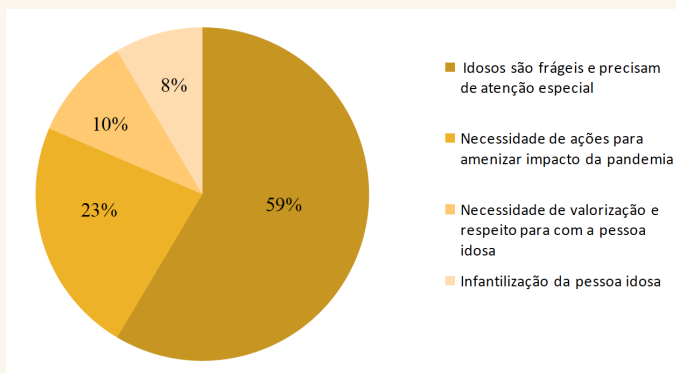
Os dados acima talvez se reflitam na ausência de comentários polêmicos nas postagens identificadas nesse estudo. Os raros comentários que apareceram em algumas publicações era apenas de apoio ou concordância com as postagens. Ao contrário do que foi visto em alguns veículos de comunicação, nas redes sociais de jornais, de personalidades e de alguns políticos onde as discussões sobre o comportamento e o tratamento dispensado aos idosos durante a pandemia foram marcados pelo preconceito e discriminação.

Desde março de 2020, muitos veículos de comunicação vêm mostrando o preconceito, que embora já existente, foi evidenciado ainda mais durante a pandemia COVID-19. A Câmara de Deputados Federais publicou matéria em seu portal sobre o aumento do preconceito contra os idosos durante a pandemia e o alerta feito por especialista durante debate da Comissão dos direitos da Pessoa Idosa da Câmara, que defendem a instituição de um Dia Nacional de Combate ao Idadismo (FERREIRA, 2021).

Idadismos ou Ageismo são termos utilizados para referir ao preconceito baseado na idade que provoca discriminação, exclusão social e marginalização das pessoas idosas. Geralmente se revela nas práticas cotidianas, através de declarações verbais ou atitudes por pessoas mais jovens, e às vezes nem tão jovens (CASTRO *et al*, 2020).

Para Goldenberg (2020) a velhofobia, termo que prefere usar no lugar de idadismo, é praticada até mesmo por pessoas velhas que não se enxergam como tal, e a pandemia trouxe mais repercussão a temática. Frases como: "não se pode deixar a economia parar", "os jovens têm que voltar a trabalhar", "os velhos vão morrer mais cedo ou mais tarde" ou até mesmo "É bom que as mortes se concentrem entre os idosos, pois reduzirá nosso déficit previdenciário", foram algumas das visões presentes nos discursos sobre velhice que circularam na internet durante a pandemia.

Nessa pesquisa o idadismo não foi exposto de forma tão violenta e preconceituosa. O gráfico 1 mostra as impressões sobre velhice captadas nas postagens.



Fonte: Dados da Pesquisa (2021).

Apesar das conhecidas declarações por parte de pessoas públicas, ressaltando ainda mais o preconceito contra idosos durante a pandemia no país, chegando algumas vezes a gerar discussões e polêmicas na internet, revelando a visão torpe que parte da sociedade brasileira tem sobre envelhecimento, as publicações do Instagram vinculadas as **hashtags** #covididosos, #pandemiaidoso, #coronavirusidosos limitaram-se a associar a imagem do idoso a fragilidade e portanto a necessidade de tratamento diferenciado. Vale lembrar que a maioria das postagens eram de profissionais que trabalham com esse público, principalmente profissionais de saúde.

Com exceção do vídeo "cata velho" as demais publicações e seus respectivos comentários não tinham caráter agressivo ou polêmico. Apenas evidenciaram as imagem de envelhecimento associado a mudanças físicas de biológicas negativas como perda de saúde física, força, vigor e maior probabilidade de comorbidades que também eram consideradas fator de risco para COVID-19.

Outras questões sobre envelhecimento bastante discutidas na mídia durante a pandemia como diminuição do poder de compra, da renda familiar, dependência exclusiva de familiares da renda dos idosos e outras questões financeiras agravada pela crise econômica não aparece nas postagens encontradas nesse trabalho. Embora estudos como o de Costa e Silva *et al* (2020) e Ranzani *et al* (2021) afirmem que pessoas idosas das classes mais pobre foram não apenas os grupos mais vulneráveis como também os mais afetados pela pandemia em todos os aspectos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse momento em que o mundo vive a maior crise sanitária desse século, no Brasil além da crise, a consequente desestruturação dos sistemas político, econômico e social teve impacto significativo na saúde pública e na condução das ações de enfrentamento da pandemia da COVID-19. Os discursos políticos controversos, a negação da gravidade da doença e a celeuma em torno da questão da necessidade de isolamento social para todos ou apenas para os grupos de risco, neles inclusos as pessoas idosas, trouxe a tona, e principalmente para as discussões nas redes sociais o preconceito que cerca o envelhecimento no país.

Nesse contexto, esse trabalho buscou identificar qual a imagem da velhice foi evidenciada no Instagram durante a pandemia do Covid 19. Os resultados aqui apresentados mostram que embora as publicações encontradas, em sua maioria não tivessem claramente um tom agressivo e com viés político característico desse momento, elas indiretamente reforçaram uma imagem depreciativa do envelhecimento. Uma vez que exacerbou representações negativas comuns ao ideário brasileiro de que pessoas idosas são frágeis, dependentes e merecedoras de cuidados diferenciados, enfatizando de certa forma uma decadência física e social.

O fato de serem os idosos o principal grupo de risco divulgado no início da pandemia, fez com que a sociedade e até mesmo profissionais de saúde reforçassem em suas publicações a necessidade de cuidados e tratamento especial nesse grupo como forma de evitar as manifestações mais graves da doença e o consequente o colapso do sistema de saúde. Embora as orientações dos profissionais tenham se configurado estratégias fundamentais para se evitar ainda mais a disseminação da doença. Sabe-se que o envelhecimento se dá de maneira heterogênea e que a qualidade do envelhecimento envolve desde questões biológicas, genéticas até questões ambientais, como condições socioeconômicas vivenciadas ao longo dos anos.

Portanto, generalizar condutas e a imagem dos idosos brasileiros implica reforçar o ageísmo que predomina no país. E nesse momento de pandemia marcado pelo isolamento, incertezas e morte, pode

reforçar ainda mais sentimentos de inferioridade, solidão, depressão tão comuns nessa população.

Esse estudo teve algumas limitações como o recorte temporal necessário a coleta de dados, mas que reconhece o caráter contínuo da pandemia que sem previsão de quando será sua finalização pode adquirir outras configurações como por exemplo o surgimento de outros grupos de risco em lugar dos idosos. A restrição das postagens publicadas apenas no Instagram também pode ter sido outro fator delimitador do estudo, uma vez que outras redes sociais com outros perfis de usuários podem apresentar resultados diferentes dos aqui encontrados.

Esse trabalho limitou-se apenas a identificar a imagem que estava sendo repassada do envelhecimento sem levar em consideração uma análise mais profunda das diferenças sociais, econômicas, de gênero, ou até mesmo os impactos das medidas de isolamento social na saúde e no próprio processo de envelhecimento desses idosos. Em um país onde a população envelhece de forma acelerada e sem planejamento faz-se necessário mais estudos para melhor vivência dessas pessoas na sociedade.

REFERÊNCIAS

ALC ÂNTARA, A. Diálogos com o Estatuto do Idoso e Paulo Freire: a velhice para além do antigamente, uma possibilidade de Ser Mais. *Revista Kairós-Gerontologia*. v. 24, n.1, p. 199-212, 2021.

FERREIRA, C. Agência Câmara de Notícias, 05 abr. 2021. **Preconceito contra idosos aumenta na pandemia**. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/noticias/742570-preconceito-contra-idosos-aumenta-na-pandemia/>. Acesso em: 17 julho 2021.

APROBATO, V. C. Corpo digital e bem-estar na rede Instagram: um estudo sobre as subjetividades e afetos na atualidade. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*. v. 38, n. 95, p. 157-164, 2018.

BARBOSA, A.C.S. *et al.* Atenção ao idoso frente à pandemia por Covid-19. *R. Saúde Públ.* v.3, p.129-139, 2020. Supl 1.

BARRUCHO, L. **Pandemia de coronavírus evidencia 'velhofobia' no Brasil, diz antropóloga**. BBC News Brasil, 2 mai. 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52425735>. Acesso em: 17 julho 2021.

BERGMAN, Y. S.; BODNER, E. Ageist attitudes block young adults' ability for compassion toward incapacitated older adults. *Int Psychogeriatric*. v. 27, n. 9, p. 1541-1550, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610215000198>. Acesso em: 17 julho 2021.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, p. 2411-2421, 2020. Supl.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. 2020 a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Coronavírus*. 2020b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/paginas/2020/08/46764-coronavirus-43-079-casos-e-2-741-mortes>. Acesso em 15 ago. 2021.

CAMINHÃO cata veio. Balanço Geral. 2020. Duração: min 33seg. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=T8f0yZD-b0>.

CASTRO, B. R. *et al*. A expressão do idadismo em tempos de COVID-19: Uma reflexão teórica. *Revista Kairós-Gerontologia*. v. 23, n.28, p.479-497, 2020.

CHEN, N. *et al*. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*. [Internet]. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32007143>. Acesso em: 25 julho 2021.

COSTA E SILVA, S. P. *et al*. Idoso, COVID-19 e mídia jornalística. *Revista Kairós-Gerontologia*. v. 23, n. 28, p. 287-307, 2020.

GALHARDI, C. P. *et al*. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, p.4201-4210, 2020. Supl.2.

HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; SANTANA, R. F. S. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare enferm*. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>. Acesso em: 23.07.2021.

HENNING, C. E. Nem no Mesmo Barco nem nos Mesmos Mares: gerontocídios, práticas necropolíticas de governo e discursos sobre velhices na pandemia da COVID-19. *Cadernos de Campo*. v. 29, n. 1, p. 150-155, 2020. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/170798>. Acesso em: 23.07.2021.

KEMP, S. Digital 2020: Brasil. In: *Hootsuite e We Are Social*. New York, 17 fev. 2020. Disponível em: <https://datareportal.com/reports/digital-2020-brazil/?q=brasil>. Acesso em 15 ago. 2021.

MAGNO, L. *et al.* Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, n. 9, p. 3355-3364, 2020.

MASSUDA, E. M. *et al.* Representações sobre o idoso em mídia social durante a pandemia de Covid-19. *Revista Kairós-Gerontologia*. v. 23, n. 28, p. 203-217, 2020.

OLIVEIRA, K. K. D. *et al.* A imagem do enfermeiro no instagram no contexto da pandemia da covid-19. *Enferm. Foco*. v. 11, n. 1, p. 101-107, 2020.

PAULA, F. R. de; MELLO, M. G. da S. Análise de Redes Sociais: a formação de grupos do Facebook frente à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Vittalle – Revista de Ciências da Saúde*. v. 32, n. 1, p. 32-42, 2020.

PIZA, M.V. *O fenômeno Instagram*: considerações sob a perspectiva tecnológica. 2012, 48 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais) - habilitação em sociologia. Universidade de Brasília, 2012.

PAULA, B. B. de *et al.* A pessoa idosa no contexto da Covid-19: assuntos veiculados na mídia do Distrito Federal. *Revista Kairós-Gerontologia*. v. 23, n. 28, p. 99-115, 2020.

RAN ZANI, O. T. *et al.* Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *The Lancet*. 2021. Disponível em: https://www.a rca. fiocruz.br/b itstream/ict/46140/2 /Ran_zani_Ota_vio_eta_LINI_2021_COVID-19.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

REC UERO, R.; SOARES, F.B. O Discurso Desinformativo sobre a Cura da COVID-19 no Twitter: Estudo de caso 2020. *Ecompós*. v. 24, p. 1-29, jan-dez, 2021.

ROMERO, D.E. *et al.* Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad. Saúde Pública*. v. 37, n. 3, p.1-16, 2021.

SILVA, G. A.; JARDIM, B. C.; SANTOS, C. V. B. dos. Excesso de mortalidade no Brasil em tempos de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, n. 9, p. 3345-3354, 2020.

UNITED NATIONS. *Policy brief: the impact of COVID-19 on older persons*. Disponível em: https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/GHRP-COVID19_May_Update.pdf. Acesso em: 23 ago. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Bulletin*, [S. l.], n. February, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200211-sitrep-22-nCoV.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2. Acesso em: 23 ago. 2021.

XAVIER, F. *et al.* Análise de redes sociais como estratégia de apoio à vigilância em saúde durante a Covid-19. *Estudos Avançados*. v. 34, n. 99, p. 261-281, 2020.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE MULHERES IDOSAS EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

LIA RAQUEL DE CARVALHO VIANA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
lia_viana19@hotmail.com;

GERLANIA RODRIGUES SALVIANO FERREIRA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
gerlania.rodrigues@hotmail.com;

STEPHANIE DE ABREU FREITAS

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
stheenf@gmail.com;

KÁTIA NÊYLA DE FREITAS MACEDO COSTA

Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará - UFC, katianeyla@yahoo.
com.br.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres idosas em tratamento de câncer de mama. **Método:** estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com 57 mulheres idosas em tratamento de câncer de mama. A coleta de dados ocorreu durante os meses de junho a novembro de 2019, por meio de um instrumento semiestruturado para obtenção de dados sociodemográficos e clínicos e os questionários European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire “core” 30 e Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer 23. Os dados foram analisados de forma descritiva com o auxílio do *Statistical Package for the Social Science for Windows*, versão 22.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 3.293.768. **Resultados:** Na qualidade de vida geral, observou-se que as idosas apresentaram boa média na Escala de Saúde Global e razoável na Escala Funcional, destacando-se a função social. Já a Escala de Sintomas apresentou média baixa, destacando-se a Dificuldade financeira, Insônia, Fadiga e Dor. No questionário específico, a Escala Funcional apresentou maior média, com destaque positivo para a Imagem corporal. Na Escala de Sintomas, os Efeitos colaterais e os Sintomas da mama foram os que mais contribuíram para a deterioração da qualidade de vida. **Conclusão:** a qualidade de vida global apresentou-se boa, no entanto, a mesma sofre impactos devido aos efeitos colaterais ao tratamento. **Palavras-chave:** Neoplasias da Mama, Qualidade de Vida, Saúde do Idoso, Enfermagem Oncológica.

INTRODUÇÃO

O aumento da incidência e da mortalidade por câncer é ocasionado por fatores como o acelerado processo de transição demográfica, o envelhecimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico, tornando a doença um grave problema de saúde pública em todo o mundo (DUARTE *et al.*, 2020).

Define-se câncer como o conjunto de mais de 100 doenças que possuem em comum o crescimento desordenado de células que formam tumores, que podem ser neoplasias benignas ou malignas. Os tumores malignos detêm maior grau de autonomia e são capazes de se multiplicar, invadindo outros tecidos e originando novos focos secundários, reconhecidos como metástases (BRASIL, 2020).

O câncer de mama é o tipo mais comum entre a população feminina e o segundo mais frequente no mundo (FRANÇA *et al.*, 2021). Dados internacionais mostram uma incidência mundial equivalente à quase 3 milhões e uma prevalência de mais de 7 milhões de casos em 2021 (IARC, 2021). No Brasil, com exceção do câncer de pele não-melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em todas as regiões, com taxas mais elevadas no Sudeste e no Sul. Ademais, foram estimados 66.280 casos novos para cada ano do triênio 2020-2022 (BRASIL, 2019).

O desenvolvimento do câncer de mama possui uma etiologia multifatorial que abrange aspectos biológicos, endócrinos, relativos à reprodução e aos hábitos de vida (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020). De acordo com o Ministério da Saúde, são fatores de risco: idade, exposição à radiação, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, ingestão irregular de álcool, histórico familiar e fator genético, menarca precoce e menopausa tardia, primeira gestação após os 30 anos, nuliparidade e uso de Terapia de Reposição Hormonal. No entanto, o fator mais importante é a idade acima dos 50 anos (BRASIL, 2020).

Caso diagnosticado precocemente e iniciado o tratamento em tempo oportuno, a doença possui um bom prognóstico. As principais modalidades de tratamento são a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia, essa última incluindo a hormonioterapia. Esses métodos podem ser utilizados em associação, de acordo com a suscetibilidade dos tumores e maior eficácia do esquema terapêutico (BRASIL, 2020).

A partir do momento do diagnóstico, as mulheres vivenciam um forte impacto emocional associado a sentimentos de angústia, estresse, medo do estigma, raiva, preocupações com o futuro, vida conjugal, lar e família (FRANÇA *et al.*, 2021). Não obstante, no decorrer da doença, elas têm de lidar com as manifestações clínicas, dificuldades no itinerário terapêutico (FRANÇA *et al.*, 2021) e com os efeitos colaterais à terapia, que podem trazer alterações conjugais, sociais, econômicas e físicas que podem comprometer a qualidade de vida (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

A qualidade de vida é definida como a percepção da pessoa sobre sua posição na vida em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações, considerando-se o seu contexto cultural e o sistema de valores em que vive (THE WHOQOL GROUP, 1995). Em situações clínicas, torna-se importante reconhecer o ponto de vista do paciente em relação ao impacto da doença e das intervenções, o que se denomina Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) (BARBOSA *et al.*, 2017).

Durante a terapia, a QVRS das mulheres pode ser comprometida em várias dimensões. A cirurgia, seja ela conservadora ou radical, pode repercutir na autoimagem causando impactos na sexualidade, relação conjugal e na estética corporal (CÉSAR *et al.*, 2017), além de predispor a complicações, como o linfedema, que altera mobilidade e a funcionalidade, sobretudo em relação à realização de atividades rotineiras, como as domésticas e laborais, causando sentimentos de invalidez, tristeza, ansiedade, baixa autoestima e isolamento social (PARK *et al.*, 2018).

A quimioterapia, por se tratar de uma modalidade sistêmica mediante o uso de medicamentos antineoplásicos, pode ocasionar dor, náuseas e vômitos, diarreia, mucosite, fadiga, alopecia, insônia, dispneia, entre outros (PINTO *et al.*, 2020) que repercutem diretamente na funcionalidade e no bem-estar. Já a radioterapia pode acarretar o surgimento de radiodermatites – alterações inflamatórias cutâneas provocadas pela irradiação na pele – que podem gerar estigma social e pessoal, pois alteram a imagem corporal e conseqüentemente a interação social (ROCHA *et al.*, 2018).

Percebe-se assim, que as mulheres com câncer de mama geralmente sofrem impactos não apenas de ordem física, mas também

psíquica, social e afetiva, que afetam a qualidade de vida de modo significativo (BARBOSA *et al.*, 2017). Ademais, a literatura aponta que o impacto negativo da doença e do tratamento na QVRS das mulheres influencia negativamente aspectos relacionados à adesão e manutenção terapêutica (VIANA *et al.*, 2021), o que pode conduzir à piora clínica, maiores índices de hospitalizações, desfechos desfavoráveis e altos gastos em saúde.

É imprescindível que o enfermeiro, em seu planejamento assistencial, estabeleça como base o conhecimento dos principais domínios de qualidade de vida afetados, e assim, direcione as suas intervenções à redução de aspectos que estejam interferindo negativamente na QVRS, bem como à promoção daqueles que a favorecem, a fim de contribuir com a melhoria das condições de vida e de saúde (LIMA, SILVA, 2020).

Nesse contexto, torna-se relevante compreender a percepção da QVRS das mulheres idosas com câncer de mama, pois fornecem um embasamento científico para ajustes e direcionamentos na assistência em saúde oncológica (LIMA, SILVA, 2020), por meio de subsídios que fundamentem a produção de um cuidado de enfermagem humanizado, individual e resolutivo.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres idosas em tratamento de câncer de mama.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), o qual é referência para tratamento do câncer no Estado da Paraíba, Brasil. O hospital tem 55 anos de existência e possui cerca de 140 leitos de internação, atendendo mais de 90% da população por meio do Sistema único de Saúde (SUS) e por convênios de planos de saúde particulares.

A população deste estudo foi composta por mulheres idosas diagnosticadas com câncer de mama que realizavam tratamento nas modalidades de quimioterapia ou radioterapia no referido serviço. A amostra caracterizou-se por ser não probabilística por conveniência e, ao total, 57 participantes compuseram-na.

Os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 18 anos, ter o diagnóstico de câncer de mama e estar em tratamento de quimioterapia (mínimo de 4 sessões) ou radioterapia (mínimo de 20 sessões). Já os critérios de exclusão foram: estar em tratamento com modalidade paliativa, de hormonioterapia com antineoplásico de uso oral, injetável e/ou endovenoso, possuir diagnóstico de metástase, bem como déficits graves de comunicação e/ou audição, apresentar complicações clínicas no momento da coleta de dados que impeçam a sua realização ou não possuir condição cognitiva, a qual foi avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental.

Os dados foram coletados durante o período de junho a novembro de 2019, por meio de entrevistas individuais, sendo os participantes abordados na sala de espera para o realização da sessão de quimioterapia ou radioterapia.

Para a coleta de dados, foi utilizado um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico das pacientes, além dos questionários de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire "core" 30 itens* (EORTC QLQ C-30) e seu módulo complementar específico para câncer de mama, *Quality of Life Questionnaire – Breast Cancer 23* (EORTC QLQ-BR23), ambos validados para a população brasileira (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

O EORTC QLQ C-30 é um questionário geral composto por 30 questões com respostas *Likert* e se divide em três escalas: Escala Funcional – EF, com os domínios função física, desempenho de papéis, função emocional, cognitiva e social, em que quanto maior a pontuação, melhor a QVRS; Escala de Sintomas – ES (fadiga, náuseas e vômitos, dispneia/falta de ar, insônia, perda do apetite, constipação, diarreia e dificuldade financeira) em que quanto maior a pontuação, pior a QVRS; e Escala de Saúde Global – ESG, em que quanto maior a pontuação, melhor a QVRS. Os escores variam de 0 a 100 e são calculados para cada escala (MICHELS; LATORRE; MACIEL, 2013).

O EORTC QLQ BR-23, específico para câncer de mama, contém 23 questões e se distribui em duas escalas: Escala Funcional, com domínios de imagem corporal, perspectivas futuras, função sexual e satisfação/prazer sexual; e Escala de Sintomas (efeitos colaterais,

preocupação com a queda de cabelo, sintomas relacionados ao braço e à mama). A pontuação e a interpretação são semelhantes a do questionário geral (MICHELIS; LATORRE; MACIEL, 2013).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Excel® e, posteriormente, organizados, codificados, importados e processados pelo software *Statistical Package for the Social Science for Windows*, versão 22.0, sendo a sua análise realizada por meio de estatística descritiva.

A pesquisa foi desenvolvida em consonância com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito sobre os padrões éticos e morais de pesquisa que envolvem seres humanos, garantindo os direitos do participante e os deveres da pesquisa referentes à comunidade científica e atendendo ao princípio ético da autonomia.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), sob parecer nº 3.293.768. Salienta-se que foi solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tocante aos dados sociodemográficos, a maioria das mulheres idosas era da cor/raça branca (47,4%), casada ou que vivia em união estável (42,1%), com nove a 12 anos de estudo (35,1%), aposentada (71,9%), com renda familiar inferior a um salário mínimo (78,9%) e que residia acompanhada de familiar (93,0%). Já em relação à clínica, foi observada uma maior prevalência de idosas com tempo de diagnóstico entre um e dois anos (54,4%), em tratamento de radioterapia uma vez por dia (52,6%) e apresentavam hipertensão arterial (42,1%) e o diabetes mellitus (40,4%) como comorbidades.

Na avaliação da qualidade de vida com o EORTC QLQ C-30, foi observado que as idosas apresentaram maior média na Escala de Saúde Global ($63,9 \pm 25,4$), indicando uma boa QVRS de modo geral. Na EF, a média ($49,5 \pm 16,0$) aponta para uma QVRS razoável no aspecto funcional, sendo a função emocional a mais deteriorada ($29,6 \pm 29,0$) e a função social a que mais contribuiu positivamente ($61,8 \pm 20,8$). A ES

apresentou média baixa ($35,5 \pm 14,8$), em que a Dificuldade financeira ($87,5 \pm 27,8$), Insônia ($63,0 \pm 40,1$), Fadiga ($52,1 \pm 26,0$) e Dor ($48,5 \pm 34,0$) foram os sintomas que mais contribuíram para o impacto negativo na QVRS (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos domínios da qualidade de vida geral de mulheres idosas com câncer de mama. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=57)

Qualidade de vida	Média	Desvio-padrão
Escala de Saúde Global	63,9	25,4
Escala Funcional	49,5	16,0
Função Física	55,0	21,0
Desempenho de Papeis	54,5	21,0
Função Emocional	29,6	29,0
Função Cognitiva	58,6	23,1
Função Social	61,8	20,8
Escala de Sintomas	35,5	14,8
Fadiga	52,1	26,0
Náuseas e vômito	2,6	9,7
Dor	48,5	34,0
Dispneia	7,1	20,0
Insônia	63,0	40,1
Perda de apetite	12,0	26,5
Constipação	27,9	36,6
Diarreia	4,9	17,9
Dificuldade financeira	87,5	27,8

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

O carcinoma de mama é o mais incidente entre as mulheres no Brasil (BRASIL, 2019) e no mundo (IARC, 2021), constituindo um complexo problema de saúde pública. Para a detecção precoce, há a investigação de lesões suspeitas e o rastreamento, que consiste na realização de exames periódicos em mulheres assintomáticas (BRASIL, 2020). A mamografia é o exame mais fidedigno para avaliação das mamas e detecção de pequenas alterações benignas ou malignas e está relacionada diretamente à redução da mortalidade pela doença (FRANÇA *et al.*, 2021).

De modo geral, ao longo do tempo houve uma melhora significativa na sobrevivência das mulheres com câncer de mama, e isto se deve

à maior possibilidade de diagnóstico precoce, bem como à evolução da tecnologia nos métodos de tratamento (BUSHATSKY *et al.*, 2017). Em estudo recente, a sobrevivência global em 10 anos foi equivalente à 41,0% (AYALA *et al.*, 2019).

A abordagem clínica envolve toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e depende de uma boa articulação entre os pontos de atenção para melhor resolutividade. As ações na atenção primária incluem prevenção e detecção precoce, e diante de suspeita, há o encaminhamento para a média complexidade a fim de concretizar a investigação. A partir do diagnóstico, as mulheres devem ser encaminhadas para terapia em unidade hospitalar, onde as principais modalidades são a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia (BRASIL, 2020).

O câncer de mama pode trazer impactos significativos à qualidade de vida da mulher. Assim, os desfechos reportados pelas pacientes sobre aspectos que envolvem a QVRS são cada vez mais investigados nos estudos clínicos, recebendo destaque na literatura científica (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

De modo geral, a percepção das idosas deste estudo acerca da sua qualidade de vida global foi boa, assim como verificado em outra pesquisa (BRANDÃO *et al.*, 2021). Sabe-se que a QVRS é um aspecto subjetivo, que leva em consideração fatores multidimensionais, bem como o contexto de vida do paciente. Em uma pesquisa com mulheres em radioterapia em Porto Alegre-RS, o estado geral de saúde e a qualidade de vida estiveram relacionados à maior espiritualidade/religiosidade (BRANDÃO *et al.*, 2021).

A maioria das participantes apresentou uma média razoável de funcionalidade, sendo que a função emocional obteve o pior resultado e a social, o melhor. Outras pesquisas também evidenciaram menor escore na função/bem estar emocional (BRANDÃO *et al.*, 2021; LOPES *et al.*, 2018). Em contrapartida, frequentemente a literatura mostra um comprometimento do aspecto social (CÉSAR *et al.*, 2017; CAMPOS *et al.*, 2020).

O câncer de mama e seu tratamento, por vezes agressivo, ocasionam perdas funcionais e alterações sociais relevantes, além de um expressivo impacto negativo na função emocional, que é comumente a mais deteriorada (CÉSAR *et al.*, 2017). Após o diagnóstico, geralmente ocorre a ruptura do equilíbrio psíquico devido ao impacto emocional,

com sentimentos de tensão, medo, angústia, estresse e forte probabilidade de conflitos interiores (FRANÇA *et al.*, 2021), e esse sofrimento pode perpassar todo o processo, incluindo a fase terapêutica e de sobrevivência (PINTO *et al.*, 2020).

Torna-se importante que o profissional de enfermagem auxilie o paciente no enfrentamento dos desafios cotidianos provenientes das mudanças impostas pela doença e seu tratamento, fornecendo apoio psicológico e buscando elevar a sua autoconfiança (PAIVA *et al.*, 2020).

No tocante ao aspecto social, vale salientar que cada pessoa tem o seu modo de se relacionar com os membros de sua rede social, o que define o nível de ajustamento social, refletindo na magnitude do impacto na QVRS (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020). Na maioria dos casos, a família é apontada como a principal fonte de apoio, visto que podem ajudar a mulher a lidar com as alterações físicas e psicossociais no percurso da doença (FRANÇA *et al.*, 2021). Além disso, podem contribuir de outras formas, como auxílio financeiro e reorganização da estrutura familiar.

As mulheres que possuem cônjuges geralmente se beneficiam com maior apoio social, visto que o parceiro pode fornecer um grande suporte, por vezes o único, auxiliando-as em todas as fases da doença e do tratamento, por vezes assumindo o cuidado em relação à casa e aos filhos, por exemplo (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A avaliação da Escala de Sintomas mostrou que os sintomas que interferiram de forma mais incisiva no declínio da QVRS foram a dificuldade financeira, a insônia, a fadiga e a dor, corroborando com estudo realizado em Uberlândia-MG com mulheres com câncer de mama em quimioterapia (CAMPOS *et al.*, 2020). A dificuldade financeira justifica-se pela prevalência da renda abaixo de um salário mínimo na amostra do presente estudo.

A questão econômica geralmente sofre abalos durante o curso da doença, como evidenciado por outros pesquisadores (BRANDÃO *et al.*, 2021; BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020). Geralmente é decorrente dos gastos extensos referentes ao gerenciamento de problemas que podem surgir, como ônus com medicações e hospitalizações (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

Vale ressaltar que, frequentemente, as dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde levam os pacientes a investirem em

consultas médicas e procedimentos na rede privada, a exemplo de exames específicos, aumentando significativamente os custos (FRANÇA *et al.*, 2021).

Acrescenta-se que, de acordo com o Ministério da Saúde, alguns tipos de câncer variam sua incidência em relação à condição socioeconômica da população, em que mama, próstata e cólon e reto estão associados a um melhor nível socioeconômico e os de colo uterino, estômago e cabeça e pescoço são relacionados às condições menos favorecidas de vida (BRASIL, 2020).

A qualidade do sono em mulheres com câncer de mama geralmente sofre prejuízos que refletem na QVRS. Em estudo longitudinal realizado com 26 participantes em São Paulo- SP, verificou-se que a qualidade do sono esteve associada às variáveis como idade, escolaridade, situação empregatícia, estado civil, prática de exercício físico, presença de comorbidades, menopausa, esquema e duração da quimioterapia e tipo de cirurgia (SILVA *et al.*, 2019). Em outra pesquisa, utilizando o EORTC QLQ C-30, a insônia apresentou uma média relativamente alta (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020), assim como no presente estudo.

A insônia pode ser resultante das preocupações das mulheres a partir do diagnóstico do câncer de mama, que é socialmente reconhecido como uma doença incapacitante e estigmatizada. A partir do momento que se enxergam doentes, há o surgimento de ansiedade em relação ao futuro empregatício, conjugal, financeiro, social, bem como em relação ao cuidado com os filhos e com a reestruturação familiar, em muitas situações, necessária. No estudo de Silva e colaboradores (2019), verificou-se que as pacientes mencionaram ter dificuldade em iniciar o sono.

Nesse contexto, a enfermagem pode atuar fornecendo orientações com vistas a propiciar aos pacientes a melhora do ambiente de repouso em casa, como por exemplo, ajustes de iluminação, prevenção de ruídos, odores e ventilação ideal para o sono de qualidade, por, no mínimo, 8 horas seguidas.

A fadiga, por sua vez, é um importante sintoma relacionado ao câncer que é capaz de interferir significativamente na qualidade de vida dos pacientes (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020) à medida que causa comprometimento funcional, psíquico, social e emocional (CAMPOS *et al.*, 2020).

Segundo Campos e colaboradores (2020), o tempo de convivência com a fadiga é um importante preditor de piora da QVRS. Desta forma, é fundamental que os enfermeiros incentivem a realização de exercícios físicos diários, uma vez que é uma medida eficaz para reduzir a fadiga física e psicológica, além de outros sintomas que interferem na realização de atividades diárias e no bem-estar (CÉSAR *et al.*, 2017).

Ao relatarem sintomas e efeitos adversos ao tratamento, muitas vezes a dor é mencionada pelos pacientes. Estudos mostraram que a mesma obteve altas pontuações e repercutiu na qualidade de vida das mulheres com câncer de mama (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020; CÉSAR *et al.*, 2017), assemelhando-se ao resultado encontrado nesta pesquisa.

Estudo realizado por César e colaboradores (2017) demonstrou que a dor afetou diretamente a funcionalidade de mulheres com câncer de mama em tratamento de quimioterapia, especialmente quanto à realização de atividades relacionadas ao cuidado com a casa e com os filhos.

Destarte, é importante que ocorrer o manejo eficiente desse sintoma, por meios farmacológicos ou não-farmacológicos e nesse contexto, o enfermeiro pode atuar na administração de medicamentos e/ou na prática de intervenções como relaxamento, massagens, terapias integrativas, entre outros.

No que diz respeito à QVRS específica, avaliada por meio do EORTC QLQ BR-23, a Escala Funcional apresentou maior média ($75,8 \pm 15,9$), com destaque positivo para a Imagem corporal ($78,4 \pm 24,7$), enquanto o domínio Desejo sexual mostrou-se reduzido ($2,3 \pm 8,6$). Na Escala de Sintomas verificou-se que os Efeitos colaterais ao tratamento ($60,8 \pm 18,0$) e os Sintomas da mama ($65,1 \pm 30,5$) foram os que mais impactaram negativamente na QVRS das mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos domínios da qualidade de vida específica para o câncer de mama em mulheres idosas. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=57)

Qualidade de vida – Módulo Câncer de Mama	Média	Desvio-padrão
Escala Funcional	75,8	15,9
Imagem corporal	78,4	24,7
Desejo sexual	2,3	8,6
Satisfação sexual	29,4	18,2

Qualidade de vida – Módulo Câncer de Mama	Média	Desvio-padrão
Perspectiva futura	22,8	36,8
Escala de Sintomas	42,7	32,7
Efeitos colaterais	60,8	18,0
Sintomas do braço	42,7	32,7
Sintomas da mama	65,1	30,5
Perda de cabelo	19,2	12,9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Neste estudo, a imagem corporal apresentou média elevada, o que se traduz em um aspecto positivo para a QVRS. Entretanto, a literatura evidencia que a autoimagem é frequentemente deteriorada (PAIVA *et al.*, 2020; CÉSAR *et al.*, 2017), principalmente pela mutilação da mama.

A ausência da mama tem o potencial de abalar a mulher em diversos aspectos da vida, pois atinge a integridade e a comprovação da existência feminina, uma vez que, culturalmente, a mama simboliza o "ser mulher" e a feminilidade (GARCIA *et al.*, 2017). Assim, geralmente as mulheres veem a sua estética desarmonizada, sentem vergonha ou desvalorização, ocasionando diminuição na autoestima e problemas secundários (PAIVA *et al.*, 2020).

Os aspectos que envolvem a imagem corporal, por sua vez, podem comprometer a sexualidade feminina, causando redução da atração e da satisfação sexual (BUSHATSKY *et al.*, 2017). Com a mastectomia radical, por exemplo, a perda de um órgão relacionado à fertilidade e à sexualidade pode promover introspecção das mulheres e isso se deve ao simbolismo da mama no contexto da sexualidade, servindo como estímulo visual para o ato sexual (PEREIRA *et al.*, 2020).

Desta forma, em vários casos, há uma prolongação para a retomada da vida sexual ou até mesmo a supressão dessa parte importante para a vida da mulher, gerando então uma disfunção (PEREIRA *et al.*, 2020). Além disso, a diminuição do desejo e da atividade sexual pode ser atribuída à dor, ansiedade e sintomas depressivos desencadeados pelo câncer de mama (PAIVA *et al.*, 2020).

Apesar de nas últimas décadas o tratamento para câncer de mama ter adquirido caráter menos invasivo e melhor relação risco-benefício, a quimioterapia, sobretudo, ainda pode provocar uma série de efeitos colaterais, como náuseas e vômitos, diarreia, fadiga, dor, queda

de cabelos, entre outros, que afetam negativamente a QVRS (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

Embora o impacto inicial desses efeitos seja no aspecto biológico, ressalta-se que eles desencadeiam preocupações em relação à imagem corporal, ao vínculo empregatício, à situação conjugal e às perspectivas futuras (BUSHATSKY *et al.*, 2017). Uma revisão de literatura mostrou que o tratamento quimioterápico é o principal responsável pela piora da QVRS nessa população (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

Nesse estudo, os sintomas relacionados às mamas, como dor, prurido, vermelhidão, entre outros, contribuíram para uma pior QVRS, indo de encontro às pesquisas que trazem os sintomas do braço – como o linfedema – de forma mais frequente que os da mama, visto que podem ocasionar redução da funcionalidade, impedindo a realização das atividades domésticas, por exemplo (PARK *et al.*, 2018).

É de grande relevância social analisar a QVRS das mulheres com câncer de mama, verificando o impacto que a doença e seu tratamento ocasionam às suas vidas. Torna-se imprescindível a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem abrangente capaz de identificar precocemente alterações emocionais, sociais, físicas e funcionais, e implementar intervenções pertinentes em tempo oportuno (BINOTTO, SCHWARTSMANN, 2020).

O profissional de enfermagem deve se comprometer com a identificação precoce dos sintomas que acometem as mulheres com câncer de mama, sendo essencial tomar conhecimento das suas necessidades psicossociais, sem esquecer de considerar o contexto socioeconômico e cultural em que estão inseridas, com vistas promover uma assistência qualidade de vida (BUSHATSKY *et al.*, 2017).

CONCLUSÕES

A maioria das mulheres idosas desse estudo era de cor/raça branca, casada ou que vivia em união estável, com nove a 12 anos de estudo, aposentada, com renda familiar inferior a um salário mínimo e que residia acompanhada de familiar. Em relação à clínica, foi observada uma maior prevalência de idosas com tempo de diagnóstico entre um e dois anos, em tratamento de radioterapia uma vez por

dia e apresentavam hipertensão arterial e o diabetes mellitus como comorbidades.

Os resultados devidenciaram que a QVRS de mulheres idosas em tratamento de câncer de mama apresenta-se relativamente boa no aspecto geral e razoável no aspecto funcional, destacando-se positivamente a função social e a imagem corporal. No entanto, a dificuldade financeira, a insônia, a fadiga, a dor, os efeitos colaterais e os sintomas da mama influenciaram negativamente a QVRS.

No que concerne à assistência à saúde, os achados são úteis à medida que fornecem subsídios aos profissionais, sobretudo enfermeiros, à elaboração de um plano de cuidados direcionado às necessidades do paciente, com vistas a fortalecer os aspectos positivos da QVRS e atuar minimizando o impacto negativo, favorecendo melhores condições de vida e de saúde.

Além disso, os resultados enfatizam a visibilidade da problemática do impacto da qualidade de vida durante o tratamento do câncer de mama aos olhos da gestão em saúde, com o intuito de alertar para a necessidade de fortalecer a rede de cuidados em oncologia, em relação aos recursos humanos e estruturais, bem como para a implementação e efetivação de políticas públicas direcionadas a essa população específica.

Recomenda-se a realização de outros estudos para avaliação da QVRS em pacientes com câncer de mama, sobretudo com o objetivo de avaliar novas realidades e contextos dessa população, bem como pesquisas envolvendo análises inferenciais, que permitem verificar outras variáveis que podem influenciar de forma significativa a qualidade de vida dessa população.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

REFERÊNCIAS

AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa *et al.* Sobrevida em 10 anos em mulheres com câncer de mama: coorte história de 2000-2014. **Ciência & Saúde**

Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1537-1550, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401537. Acesso em: 17 set. 2021.

BARBOSA, Priscila Almeida *et al.* Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós- intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.17, n.2, p.401-416 abr. / jun., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/KC7xTHLC6TY6bcvkGDQwt5c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2021.

BINOTTO, M.; SCHWARTSMANN, G. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Mama: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.66, n.1, e-06405, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/405/557>. Acesso em 20 ago. 2021.

BRANDÃO, Mayara Linder *et al.* Associação entre espiritualidade e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico. **Rev Esc Enferm USP.**, v.55, e20200476, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8yxNJ6DjH4rj4QzyVJMhGCp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Estimativa 2020**. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2019b. 122 p. 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 20 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **ABC do Câncer**. Abordagens Básicas para o Controle do Câncer. Rio de Janeiro, 2020. 111 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-5-edicao.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2021.

BUSHATSKY, Magaly. *et al.* Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 3, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36094/20960>> Acesso em: 14 set. 2021.

CAMPOS, Cristiane Soares *et al.* Impacto da fadiga na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v.8, n.3, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497963985009>. Acesso em: 14 set. 2021.

CÉSAR, Edianne Silva Lustosa *et al.* Qualidade de vida de mulheres com câncer mamário submetidas à quimioterapia. **Rev Rene**, v. 18, n. 5, p. 679-86, set./

out. 2017. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/30845>. Acesso em: 01 set. 2021.

DUARTE, Daniela de Almeida Pereira *et al.* Iniquidade social e câncer de mama feminino: análise da mortalidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 465-476, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/7KtMNq-FxJZSPGYRB3FzgsZj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 set. 2021.

FRANÇA, Andreia Ferreira Ouchi *et al.* Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama em município de fronteira. **Rev Bras Enferm.**, v. 74, n. 6, e20200936, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WMThRr9czsfQRhtFwThTMKh/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.

GARCIA, Sabrina Nunes *et al.* Quality of life of women with breast cancer receiving chemotherapeutic treatment. **Rev. baiana enferm.**, v. 31, n. 2, e17489, 2017. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17489/14532>. Access in: 14 sep. 2021.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESERCH ON CANCER (IARC). Word Health Organization. **Cancer Today**. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data-sources-methods>. Access in: 14 sep. 2021.

LIMA, E. O. L.; SILVA, M. M. Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 41, e20190292, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Ydv99nsvvxyycYBspvdzwHx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2021.

LOPES, Julia Viana *et al.* Impacto do câncer de mama e qualidade de vida de mulheres sobreviventes. **Rev. Bras. Enferm.**, v.71, n.6, p.2916-21, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fDdnNZSczjttnvBDcRrPQF-q/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2021.

MICHELS, F. A. S.; LATORRE, M. R. D. S.; MACIEL, M. S. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. **Rev. bras. epidemiol.** v. 16, n. 2, São Paulo June 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200352. Access in: 14 Sep. 2021.

OLIVEIRA, Maria Rosa de *et al.* A família diante do diagnóstico de câncer de mama sob o olhar da mulher. **Rev Fun Care Online**, v. 10, n. 4, p. 932-935, out/dez. 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6267/pdf_1. Acesso em: 12 set. 2021.

PAIVA, Andyara do Carmo Pinto Coelho *et al.* Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher-que-vivencia-linfedema-decorrente-do-tratamento-decâncer-de-mama. **Escola**

Anna Nery, v.24, n.2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/SqGjJP5qW3rHK7r4f8mZCCx/?lang=pt>. Acesso em: 15 set, 2021.

PARK, Jean Hyun *et al.* Breast Cancer Epidemiology of the Working-Age Female Population Reveals Significant Implications for the South Korean Economy. **J Breast Cancer**, v. 21, n. 1, p. 91-5, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29628989>. Access in: 15 sep. 2021.

PINTO, Vânia Lopes *et al.* Prevalência da xerostomia em mulheres durante a quimioterapia por câncer de mama. *Rev Bras Enferm.*, v.73, Suppl 4, e20190785, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/JWFX7n3GdBn84DfC4bV9H3h/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2021.

ROCHA, Daniel de Macedo *et al.* Scientific evidence on factors associated with the quality of life of radiodermatitis patients. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 39, e2017-0224, 2018. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/en_1983-1447-rngenf-39-e2017-0224.pdf. Access in: 13 sep. 2021.

SILVA, Pamina Roberta da *et al.* Qualidade do sono e fadiga em mulheres com câncer de mama durante o tratamento quimioterápico. **Rev. Enferm. UFSM – REUFSM**, v. 9, e20, p. 1-18, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32732/pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v.41, n.10, p.1403-9, 1995. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>. Access in: 04 sep. 2021.

PEREIRA, Julyanne *et al.* Disfunção sexual feminina pós-mastectomia devido câncer de mama: uma revisão integrativa. **Psicologia, saúde & doenças**, v.21, n.3, p. 823-830, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/20psd210323>. Acesso em: 15 set. 2021.

VIANA, Lia Raquel de Carvalho *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde e adesão terapêutica nos cânceres de mama e próstata. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30:e20200217, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Bg9STzZQGtxrgjRn7wQsLGr/?lang=en>. Acesso em: 14 set. 2021.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PESSOAS **IDOSAS** **SOBREVIVENTES** DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, cleane_rosas@hotmail.com;

LIA RAQUEL DE CARVALHO VIANA

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, lia_viana19@hotmail.com;

STEPHANIE DE ABREU FREITAS

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB; stheenf@gmail.com;

TATIANA FERREIRA DA COSTA

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB; tatxianaferreira@hotmail.com;

RESUMO

O AVE é considerado a principal causa de incapacidade funcional adquirida no mundo, com alta prevalência em pessoas idosas. Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas sobreviventes de AVE. Trata-se de um estudo transversal realizado com 134 pessoas idosas cadastradas em Unidades de Saúde da Família. Os dados foram coletados mediante a utilização de um instrumento semiestruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos e o Índice de Barthel. A análise dos dados foi realizada no software SPSS versão 22.0, por meio de estatística descrita. Identificou-se maior frequência do sexo masculino (54,5%), 60 a 69 anos (63,4%), casados (59,0%), um a quatro anos de estudo (49,3%), aposentados (66,4%), com renda de um a três salários mínimos (78,4%). A maioria referiu não consumir bebida alcoólica (89,6%), não fumar (93,3%) e não praticar atividade física (85,8%). Em relação as condições de saúde, 41,0% avaliaram o seu estado de saúde como ruim. O fator de risco para AVE mais relatado foi a HAS (74,6%). O último AVE foi há mais de um ano (61,2%), tipo isquêmico (67,2%), com predomínio de sequelas motoras (66,4%) e fraqueza muscular (45,5%). Sobre à reabilitação, 48,5% fizeram ou fazem terapêutica de reabilitação. Na avaliação funcional, identificou-se predomínio de dependência moderada (48,5%). Esta pesquisa contribui para a assistência de enfermagem no sentido de traçar o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas acometidas por AVE, o que poderá nortear a prática de enfermagem na atenção primária, subsidiando o planejamento de intervenções específicas e individuais.

Palavras-chave: Idosos, Enfermagem geriátrica, Acidente vascular cerebral, Fatores socioeconômicos, Atividades cotidianas.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado uma realidade mundial, devido à redução da fecundidade e o aumento da expectativa de vida (RIBEIRO et al., 2019). O Brasil move-se rapidamente para um perfil populacional mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, em que as doenças crônicas estão em lugar de destaque (STEVENS et al., 2018). Estas morbidades englobam uma série de patologias não transmissíveis, dentre as quais destaca-se as Doenças Cerebrovasculares (DCV), por sua alta prevalência em pessoas acima de 60 anos (PELICIONI et al., 2016).

No rol das DCV a mais prevalente é o acidente vascular encefálico (AVE) (FEIGIN; NORRVING; MENSAH, 2017), que se trata de uma síndrome neurológica decorrente de um distúrbio na circulação encefálica, que persiste por mais de 24 horas. Ocorre devido à redução ou à completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral e pode ser classificado em dois tipos: isquêmico ou hemorrágico (PELICIONE et al., 2016).

O AVE isquêmico é o mais frequente, corresponde, em média, a 80% de todos os casos e ocorre devido à interrupção do fluxo sanguíneo cerebral por um trombo, que reduz a circulação cerebral. O hemorrágico é causado pelo rompimento de um vaso, que resulta em extravasamento do sangue no parênquima. Apesar de ser, geralmente, mais grave, é menos frequente (MUSUKA et al., 2015).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do AVE são classificados como não modificáveis, modificáveis e potenciais (BRASIL, 2013). O grupo de risco não modificável abrange: idosos, sexo masculino, baixo peso ao nascimento, negros, histórico familiar desse evento, história pregressa de AVE e condições genéticas como anemia falciforme (BRASIL, 2013).

Os fatores modificáveis abrangem a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o tabagismo, o diabetes mellitus, a dislipidemia, a fibrilação atrial e outras doenças cardiovasculares, enquanto os riscos potenciais envolvem o sedentarismo, o sobrepeso, o alcoolismo, o uso de contraceptivo oral, o aumento da homocisteína plasmática, a síndrome metabólica por aumento da gordura abdominal, a terapia de reposição hormonal pós-menopausa e o uso de cocaína e anfetaminas (BRASIL,

2013). Pesquisas recentes apontam também a depressão, a ansiedade e o estresse como preditores do AVE (SANTOS et al., 2015; SANTOS et al., 2016).

O AVE é considerado a principal causa de incapacidade funcional adquirida no mundo, em virtude das sequelas decorrentes desse agravo (PELICIONI et al., 2016). As limitações pós AVE compreendem: 1) déficit sensorio-motor devido à disfagia, à paralisção facial, à fraqueza muscular, os déficits de sensibilidade, às alterações visuais e o comprometimento de atividades motoras funcionais; 2) limitações nas de atividades de vida diária; 3) dificuldade de comunicação em decorrência da afasia, disartria e dispraxia oral e de fala; 4) déficit cognitivo e 5) distúrbios de humor (BRASIL, 2013). Dentre estas, há predomínio de sequelas sensorio-função (DUTRA et al., 2017).

Dentre os idosos sobreviventes de AVE, cerca de 90% apresentam alguma sequela decorrente desse evento (PEREIRA et al., 2013). Frequentemente a presença de sequelas interfere na vida dos sobreviventes, pois gera redução da funcionalidade e do grau de independência, ocasionando diversas mudanças como perda sociais, déficit no autocuidado, dependências, prejuízos relacionais e emocionais (SANTOS et al., 2017), trazendo assim impactos negativos no bem-estar dessa população (LIMA et al., 2018).

Diante da gravidade e dos comprometimentos advindos do AVE, o Ministério da Saúde, publicou em 2012 a Portaria MS/GM nº 665, que institui a Linha de Cuidados em AVE no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o cuidado integral e contínuo às vítimas de AVE, por meio de serviços organizados em rede, de forma hierarquizada e descentralizada. A assistência abrange desde o pré-hospitalar, mediante o atendimento do SAMU, até o retorno ao domicílio (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, a assistência da enfermagem à pessoa idosa acometida por AVE perpassa por todos os níveis de atenção à saúde, devendo ser executada continuamente pelo enfermeiro da USF adscrita ao território do paciente, que irá acompanhar o sobrevivente e a sua família no contexto comunitário, auxiliando-o no processo de adaptação e na reabilitação. Para tal, se faz necessário conhecer o perfil do paciente e as suas necessidades a fim de traçar um plano de cuidados individualizado e eficaz (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017).

Dessa forma, torna-se imprescindível a realização de estudos da caracterização do perfil sociodemográfico da população idosa acometida por AVE, assim como dos fatores condicionantes de saúde, haja vista que estes são elementos importantes que influenciam no sucesso do tratamento e na reabilitação, além de contribuir para melhor entender a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, este trabalho teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas sobreviventes de AVE.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. O estudo transversal analisa a relação entre um fator e um efeito em determinado tempo, os parâmetros são analisados em um mesmo momento, simultaneamente (SAMPLIERE; COLLADO; LÚCIO, 2013). As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior aproximação com o problema, com o intuito de torná-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2017).

O estudo descritivo visa a descrever as características de determinada população ou fenômeno e estabelecer relações entre variáveis, pode também determinar a natureza dessas relações (GIL, 2017). As pesquisas de abordagem quantitativa explicam e preveem fenômenos sob o enfoque numérico (GIL, 2017), ou seja, as opiniões e informações podem ser traduzidas em números para classificá-las e analisá-las, requer o uso da estatística (PEREIRA, 2016).

A pesquisa foi realizada com pessoas idosas sobreviventes de AVE, cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF), do município de João Pessoa-PB, Brasil, entre julho a novembro de 2018. A amostra foi calculada a partir do total de internações de idosos, nos últimos seis meses anteriores à coleta, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do referido município, o que correspondeu a 205 internações, conforme informações do Departamento de Informática (DATASUS, 2018).

O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo como base um intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% (Erro=0,05), correspondendo a uma amostra mínima de 134 indivíduos.

Foram definidos como critério de inclusão: pessoas idosas atendidas em uma das Equipes de Saúde da Família (ESF) sorteadas, ter tido AVE com tempo igual ou superior a três meses e apresentar pelo menos um tipo de sequela proveniente do AVE. Definiu-se como critérios de exclusão: comorbidade neurológica, afasia, diminuição significativa da audição, que pudessem impedir a compreensão dos questionários, e déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI, 1994).

A escolha das ESF para captação dos participantes ocorreu por meio de sorteio que selecionou 40 equipes. Para seleção dos idosos, foi solicitado aos enfermeiros das equipes selecionadas uma listagem de todas as pessoas idosas com sequelas de AVE cadastradas e com base nessa lista realizou-se um sorteio participantes por equipe. Posteriormente, ocorreu o contato prévio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área com os selecionados para convidá-los a participar da pesquisa e agendar o melhor horário para aplicação dos instrumentos.

Para obtenção das características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo foi utilizado um instrumento semiestruturado com perguntas referentes ao sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, renda individual, fonte de renda, características referentes ao AVE, presença de cuidador, tipo, parentesco e quantidade de cuidador.

A funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Barthel. Este instrumento avalia 10 itens referentes as atividades de vida diária. Cada resposta apresenta uma pontuação, com valor total de 0 a 100 pontos (MINOSSO et al., 2010). No presente estudo considerou-se a seguinte classificação: independente (100 pontos), dependência leve (91 a 99 pontos), dependência moderada (61 a 90 pontos), dependência severa (21 a 60 pontos) e dependência total (0 a 20 pontos) (GRANGER; ALBRECHT; HAMILTON, 1979).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Programa Microsoft Excel versão 2011 com dupla digitação, visando garantir a confiabilidade em sua compilação. Posteriormente, foram importados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e analisados por meio de estatística descritiva.

A pesquisa foi desenvolvida conforme os aspectos éticos que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, conforme parecer nº 2.994.882. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, bem como dos possíveis riscos, benefícios e confidencialidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos Na distribuição do perfil sociodemográficos dos idosos, observou-se maior frequência do sexo masculino (54,5%), faixa etária de 60 a 69 anos (63,4%), casados (59,0%), com escolaridade de um a quatro anos de estudo (49,3%), renda individual de um a três salários mínimos (78,4%) e fonte de renda de aposentadoria (66,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	73	54,5
Feminino	61	45,5
Faixa etária		
60-69 anos	85	63,4
70 ao mais	49	36,6
Situação conjugal		
Casado	79	59,0
Víuvo	32	23,9
Solteiro	12	9,0
Divorciado	11	8,2
Escolaridade		
Analfabeto	15	11,2
1 - 4 anos de estudo	66	49,3
5 - 8 anos de estudo	31	23,1
9 - 12 anos de estudo	15	11,2
13 anos ou mais	7	5,2
		Continua...

Variáveis	n	%
Renda individual*		
< 1 salário mínimo	5	3,7
1 a 3 salários mínimos	105	78,4
4 a 5 salários mínimos	5	3,7
5 ou mais salários mínimos	7	5,2
Não tem renda	12	9,0
Fonte de renda		
Aposentadoria	89	66,4
Atividade remunerada	15	11,2
Pensão	13	9,7
Não tem renda	10	7,5
Doação	3	2,2
Benefício	2	1,5
Aluguel	2	1,5
Total	134	100,0

* Salário mínimo vigente em 2018= 954,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Na caracterização sociodemográfica, mais da metade dos participantes era do sexo masculino, o que corrobora com dados do DATASUS (2016), em que a maioria das vítimas de AVE no Brasil são homens (51,72%). No âmbito internacional essa realidade é semelhante, um estudo transversal realizado com sobreviventes de AVE atendidos por um serviço de fisioterapia na Nigéria, demonstrou que 59,0% eram do sexo masculino (ONABAJA et al., 2015) e em um Centro Hospitalar de Portugal, esse percentual foi de 69,1% (SILVA et al., 2016).

A literatura evidencia o sexo masculino como o mais vulnerável a agravos, em decorrência da baixa adesão a um estilo de vida saudável e da busca tardia por serviços de saúde, o que dificulta o monitoramento dos fatores de risco e o cuidado à saúde (LIMA et al., 2014; SILVA et al., 2016).

Outros estudos realizados na comunidade, com indivíduos idosos acometidos de AVE, identificaram que essa morbidade exibe maior percentual entre idosos jovens (entre 60 e 69 anos) (LIMA et al., 2014; SILVA et al., 2016). Já nas pesquisas realizadas no âmbito hospitalar, geralmente, a faixa etária de idosos é mais avançada, o que pode estar associado a outros agravos que potencializam as repercussões negativas do AVE (HANAUER et al., 2018).

(ONABAJO et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016). Dependendo do impacto negativo do AVE no cotidiano dos sobreviventes, a presença de um companheiro e familiares é essencial para o processo de reabilitação, haja vista que as sequelas dessa morbidade podem causar comprometimento neurológico e incapacidades, o que demanda suporte de terceiros para as atividades de vida diária (AVDs) (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; DUTRA et al., 2017). Na maioria dos estudos, esse apoio é fornecido pelo cônjuge (LIMA et al., 2014; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; DUTRA et al., 2017).

Em relação a escolaridade verificou-se predomínio de um a quatro anos de estudo. Este dado é frequente acerca do perfil das pessoas idosas acometidas por AVE (ONABAJO et al., 2015; CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016; SILVA et al., 2016; DUTRA et al., 2017). O baixo nível de instrução pode refletir em um reduzido rendimento econômico, escasso conhecimento sobre o processo saúde-doença e o tratamento, bem como menor prevenção da doença (SILVA et al., 2016).

Identificou-se um maior percentual de renda individual de um a três salários mínimos, adquirida em maior frequência por aposentadoria. Dentre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, destaca-se a renda (MARSHALL et al., 2015), que pode impactar na busca aos serviços de saúde, compra de medicamentos e realização de procedimentos (YUSUF; RANGARAJAN; TEO, 2014).

Sobre aos hábitos de vida, a maioria referiu não consumir bebida alcoólica (89,6%), não fumar (93,3%) e não praticar atividade física (85,8%). Em relação as condições de saúde, 41,0% avaliaram o seu estado de saúde como ruim. O fator de risco para AVE mais relatado foi a HAS (74,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis referente aos hábitos de vida e condições de saúde de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa - PB, Brasil, 2018.

(n=134)

Variáveis	n	%
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	120	89,6
Sim	14	10,4
Tabagismo		
Não	125	93,3
Sim	9	6,7

Variáveis	n	%
Atividade física		
Não	115	85,8
Sim	19	14,2
Estado de saúde autorreferido		
Muito ruim	22	16,4
Ruim	55	41,0
Nem ruim, nem boa	38	28,4
Boa	19	14,2
Muito boa	-	-
Fatores de risco para AVE*		
HAS	100	74,6
Sexo masculino	73	54,5
Diabetes mellitus	50	37,3
AVE prévio	21	15,7
Tabagismo	14	10,4
Dislipidemia	13	9,7
Cardiopatia	12	9,0
Histórico de infarto agudo do miocárdio (IAM)	4	3,0

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Sobre os hábitos de vida, a maioria dos participantes referiu não consumir bebida alcoólica e cigarro, o que caracteriza uma medida preventiva para novos episódios de AVE, haja vista que o etilismo e o tabagismo estão entre os fatores de risco modificáveis para essa morbidade (MARKIDAN et al., 2018).

Em relação à realização de atividade física, a maioria dos entrevistados eram sedentários, o que pode resultar em prejuízos para o processo de reabilitação, considerando-se que a prática de atividade física se destaca entre os fatores que diminuem os malefícios das doenças crônicas, fazendo parte do tratamento de pessoas acometidas por essas morbidades, além de desempenhar importante papel em sua prevenção (CICHOCKI et al., 2017).

A maior parte dos entrevistados referiu uma percepção de saúde ruim ou nem ruim nem boa. A percepção da saúde é um indicador que deve ser levado em consideração pelos profissionais da saúde, uma vez que reflete como o indivíduo lida com o processo saúde-doença,

além de fornecer indícios sobre o autocuidado, evitando complicações e beneficiando a gestão do cuidado (ARRUDA et al., 2015).

No presente estudo, a HAS destacou-se entre os fatores de risco modificáveis. A literatura aponta que essa morbidade eleva o risco de AVE em três a quatro vezes e o controle adequado dos níveis pressóricos reduz essa chance significativamente (FREITAS et al., 2018). Valores da pressão arterial sistólica e diastólica maiores que 120 mmHg e 80 mmHg, respectivamente, estão relacionadas à um maior risco de AVE, principalmente nos indivíduos que são mais vulneráveis, como os idosos (FREITAS et al., 2018).

A Tabela 3 demonstra as características do AVE. A maioria referiu o último AVE há e fraqueza muscular (45,5%). Sobre à reabilitação, 48,5% fizeram ou fazem reabilitação, prevalecendo à fisioterapia (47,8%).

Tabela 3 - Distribuição dos dados referente às características do AVE de pessoas idosas. Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Último AVE		
3- 5 meses	37	27,6
≥ 6 meses - 1 ano	15	11,2
> 1 ano	82	61,2
Tipo do último AVE		
Isquêmico	90	67,2
Não sabe	30	22,4
Hemorrágico	14	10,4
Quantidade de AVE		
1	84	62,7
2-3	46	34,4
≥4	4	2,9
Tipo de seqüela*		
Limitação motora	89	66,4
Fraqueza muscular	61	45,5
Déficit de sensibilidade	34	25,4
Distúrbio de humor	28	20,9
Disfagia	29	25,4
Alteração visual	22	16,4
Paralisia facial	11	8,2
Continua...		

Variáveis	n	%
Fez/faz reabilitação		
Não	69	51,5
Sim	65	48,5
Tipo de reabilitação*		
Fisioterapia	64	47,8
Fonoaudiologia	7	5,2
Psicoterapia	6	4,5
Terapia ocupacional	1	0,7

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Dentre os participantes, o último AVE ocorreu há mais de um ano, caracterizando as sequelas como crônicas (COSTA et al., 2016). Em relação à quantidade de episódios de AVE, observou-se que a maioria dos entrevistados sofreu apenas um, predominando o tipo isquêmico, o que corrobora com outros estudos realizados a nível domiciliar no município de Rieirão Preto- SP (CANUTO, NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016) e Fortaleza-CE (ARAÚJO et al., 2015).

As vítimas de AVE podem apresentar sequelas em consequência do evento, essas complicações geralmente estão relacionadas ao déficit sensório-motor, às limitações de AVDs, à comunicação prejudicada, déficit cognitivo e aos distúrbios do humor (BRASIL, 2013). No presente estudo, predominou a limitação motora e a fraqueza muscular, assemelhando-se a outras pesquisas realizadas em Ribeirão Preto-SP (CANUTO; NOGUEIRA; ARAÚJO, 2016) e Belo Horizonte-MG (CARVALHO-PINTO; FARIA, 2016).

Os comprometimentos funcionais decorrentes do AVE requerem acompanhamento por serviços de reabilitação. Nesta pesquisa, uma grande quantidade de entrevistados referiram fazer ou ter feito tratamento para reabilitar as sequelas, com predomínio para a fisioterapia. As pessoas idosas com alterações sensório-motoras geralmente são encaminhadas para um fisioterapeuta, no intuito de reverter as limitações e/ou amenizar as incapacidades existentes, favorecendo o retorno dos pacientes à sua rotina anterior ao evento (FARIA; ARAÚJO; CARVALHO-PINTO, 2017).

Na avaliação funcional, identificou-se que 86,6% dos idosos apresentaram algum grau de dependência, com predomínio de dependência moderada (48,5%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Perfil da capacidade funcional de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Capacidade funcional	n	%
Dependência total	10	7,5
Dependência grave	28	20,9
Dependência moderada	65	48,5
Dependência leve	13	9,7
Independência	18	13,4

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A frequente dependência para a realização das AVDs encontrada no estudo pode ser justificado pelo comprometimento físico causado por essa doença, que interfere na autonomia e independência. A capacidade funcional trata-se da habilidade do indivíduo para tomar decisões e atuar em suas tarefas da vida diária de forma independente. A redução da capacidade funcional acarreta implicações para a saúde dos idosos, familiares e sistema de saúde e deve ser considerada um problema de saúde pública a ser enfrentado com o avanço do envelhecimento populacional (MATOS et al., 2018).

A capacidade funcional em sobreviventes de AVE é extremamente importante para a execução dos papéis sociais e para a melhoria da qualidade de vida (LIMA et al., 2018). Nesse contexto, a produção científica destaca a importância de um modelo de cuidado ao paciente que vai desde a internação hospitalar até a atenção domiciliar, enfatiza também a valia do envolvimento da família e de outros que cuidam do paciente na busca de minimizar dependências e atingir a independência (LIMA et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, na caracterização sociodemográfica, identificou-se predomínio de participantes do sexo masculino, idosos jovens, casados, baixa escolaridade, renda de um a três salários mínimos, proveniente

de aposentadoria. Em relação aos hábitos de vida, a maioria referiu não consumir bebida alcoólica, não fumar e não praticar atividade física. Em relação as condições de saúde, avaliaram o seu estado de saúde como ruim. A HAS foi o fator de risco para AVE mais relatado.

Sobre a caracterização do AVE, a maioria referiu o último AVE foi há mais de um ano, com predomínio do tipo isquêmico. As sequelas mais frequentes foram a motora e a fraqueza muscular. Sobre à reabilitação, a minoria referiu não que fez ou faz terapêutica de reabilitação. Na avaliação da funcionalidade, identificou-se predomínio de dependência moderada.

Estes achados são úteis, pois trazem contribuições para a assistência de enfermagem no sentido de traçar o perfil sociodemográfico e clínico de pessoas idosas acometidas por AVE, o que poderá subsidiar a prática de enfermagem na atenção primária, ampliando a assistência para o planejamento de intervenções específicas e individuais, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessa população.

A limitação do estudo está relacionada ao desenho transversal, impossibilitando a apresentação de relações de causa e efeito, sendo sugeridos estudos com outros desenhos, como o longitudinal, para que se possa explorar as repercussões das condições sociodemográficas e clínicas na sobrevida dos sobreviventes de AVE.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, G.O. et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 61-68, feb. 2015. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100061&lng=en&nrm=iso. Access on: 10 de jan. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da**

peessoa com acidente vascular cerebral. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 20 nov. 2018.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

CANUTO, M.A.O.; NOGUEIRA, L.T.; ARAÚJO, T.M.E. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas após acidente vascular cerebral. **Acta paul. enferm,** São Paulo, v. 29, n. 3, p. 245-252, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n3/1982-0194-ape-29-03-0245.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2019.

CARVALHO-PINTO, B.P.B.; FARIA, C.D.C.M. Health, function and disability in stroke patients in the community. **Braz. J. Phys. Ther.,** São Carlos, v. 20, n. 4, p. 355-366, aug. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552016000400355&lng=en&nrm=iso. Access on: 04 jan. 2019.

CICHOCKI MARCELO, F.K.P. et al. Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Rev Bras Med Esporte.** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-25, feb 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922017000100021&lng=en. Acesso em: 03 jan. 2019.

COSTA, V.S., et al. Effects of mirror therapy on the motor and functional recovery of post-stroke paretic upper limbs: a systematic review. **Fisioter. Pesqui.,** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 431-438, dec. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000400431&lng=en&nrm=iso. Access on: 05 jan. 2019.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).** 2018. Disponível em: <http://>

www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926. Acesso em: 10 dez. 2018.

DUTRA, M. O. et al. Sociodemographic factors and functional capacity of elderly affected by stroke. **Rev Bras Epidemiol**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 124-35, 2017. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/en_1980-5497-rbepid-20-01-00124.pdf. Access on: 20 dec. 2018.

FARIA, C.D.C.M.; ARAUJO, D.C.; CARVALHO-PINTO, B.P.B. Assistance provided by physical therapists from primary health care to patients after stroke. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 30, n. 3, p. 527-536, sept. 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502017000300527&lng=en&nrm=iso. Access on: 05 dec. 2018.

FEIGIN, V. L.; NORRVING, B.; MENSAH, G. A. Global burden of stroke. **Circ Res.**, [S.l.], v. 120, n. 3, p. 439-48, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28154096>. Access on: 02 jan. 2019.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

GRANGER, C.; ALBRECHT, G.; HAMILTON, B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. **Arch Phys Med Rehabil.**, [S.l.], v. 60, n. 4, p. 145-154, apr. 1979. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/157729>. Access: 02 nov. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

HANAUER, L. et al. Comparação da severidade do déficit neurológico de pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico agudo submetidos ou não à terapia trombolítica. **Fisioterapia e Pesquisa**, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 217-223, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/VMxhg76Vv9LwSC97tZPMDqK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 08 set. 2021.

MATOS, F.S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.23382016>. Acesso em: 08 set. 2021.

MINOSSO, J.S.M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, abr. 2010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso. Access on: 19 dez. 2018.

MUSUKA, T. D, et al. Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 187, n. 12,

p. 887-93, 2015. Available: <https://www.cmaj.ca/content/187/12/887>. Access on: 14 jan. 2019.

ONABAJO, G.O.V. et al. Social Support after Stroke: Influence of Source of Support on Stroke Survivors Health-Related Quality of Life. **International Neuropsychiatric Disease Journal**, v. 5, n. 1, p.1-9, 2016. Available from: http://www.journalrepository.org/media/journals/INDJ_29/2015/Sep/Onabajo512015INDJ20240.pdf. Access on: 03 jan. 2019.

PELICIONI, M.C.X. et al. Functional versus nonfunctional rehabilitation in chronic ischemic stroke: evidences from a randomized functional MRI study. **Neural plasticity**, [S.l.], v. 2016, p. 1-10, 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/6353218>. Access on: 14 jan. 2019.

PEREIRA, R.A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, fev, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100023. Acesso em: 04 fev. 2019.

PEREIRA, J.M. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. São paulo: Atlas, 2016.

LIMA, M.J.M.R. et al. Quality of life after stroke: impact of clinical and socio-demographic factors. **Clinics**, São Paulo. v.73, n. e418, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6152181/>. Access on: 19 dec. 2018.

LIMA, M.L. et al. Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores de um município do Triângulo Mineiro. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 453, p. 464, abr- jun, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200453&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 26 fev. 2019.

MARKIDAN, J. et al. Smoking and Risk of Ischemic Stroke in Young Men. **Stroke**, [S.l.], v. 49, n. 5, p. 1276-1278, apr 2018. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.117.018859>. Access on: 11 dec. 2018.

MARSHALL, I.J. et al. The effects of socioeconomic status on stroke risk and outcomes. **The Lancet Neurology**, [S.l.], v. 14, n. 12, p.1206-1218, dec. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26581971>. Access on: 12 dec. 2020.

RIBEIRO, I.A. et al. Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. **Rev Esc Enferm USP**. v.53, n. e03449. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018002603449>. Access on: 12 dec. 2020.

STEVENS, B. et al. The Economic Burden of Heart Conditions in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 111, n. 1, p. 29-36, 2018. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20180104>. Access on: 12 dec. 2020.

SANTOS, E.B. et al. Estresse percebido nos idosos sobreviventes do AVC após a alta hospitalar para casa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 797-803, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0797.pdf. Acesso em: 18 fev. 2019.

SANTOS, E.B.; RODRIGUES, R.A.P.; PONTES-NETO, O.M. Prevalence and predictors of post stroke depression among elderly stroke survivors. **Arquivos de neuro-psiquiatria**, São Paulo, v. 74, n. 8, p. 621-625, ago. 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2016000800621&lng=en&nrm=iso. Access on: 03 fev. 2019.

SANTOS, E.B. et al. Hanges and predictors of psychological stress among elderly stroke survivors 6 months after hospital discharge. **Stress and Health**, [S.I.], v. 34, n. 3, p. 359-366, dec. 2017. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/smi.2791>. Access on: 04 dec. 2018.

SAMPIERE, R.H.; COLLADO, C.F.; LÚCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SILVA, I.F.G. et al. Viver e Cuidar Após o Acidente Vascular Cerebral. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 8, p.103-111, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2019.

YUSUF, M.B.S. et al. Cardiovascular risk and events in 17 low middle, and -income countries. **N Engl J Med.**, [S.I.], v. 371, n. 9, p. 818-827, aug. 2014. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1311890>. Access on: 11 jan. 2019.

PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS: ESTUDOS DOS MARCADORES BIOQUÍMICOS

HERONIDES DOS SANTOS PEREIRA

Professor Dr. do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, heronides40@icloud.com

GEONICE RODRIGUES MEDEIROS

Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, grmedeiros253@gmail.com;

PATRÍCIA MARIA DE FREITAS E SILVA

Professora Dra. do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual – UEPB, patriciafreitashemoiba@yahoo.com.br;

CIBELLY ALVES SANTOS

Graduanda do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, c.alves15santos@gmail.com;

RESUMO

A doença renal crônica (DRC) caracteriza-se por uma lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins por um período igual ou superior a 3 meses. É classificada em cinco estágios funcionais a depender da gravidade da lesão. É uma doença que se inicia na grande maioria dos pacientes de forma progressiva, insidiosa e assintomática e tem como principais causas de insuficiência renal crônica a hipertensão arterial e o diabetes mellitus, além do histórico familiar. O objetivo do estudo é avaliar o perfil bioquímico de pacientes renais crônicos atendidos em um laboratório clínico na cidade de Campina Grande-PB. Realizou-se um estudo do tipo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva dos dados, os quais foram obtidos a partir das fichas laboratoriais e questionários utilizados no Laboratório. O estudo abrangeu 127 indivíduos portadores de doença renal crônica de ambos os sexos. Onde foram coletados dados dos principais biomarcadores renais: Clearance de creatinina, Taxa de filtração glomerular (eTFG), creatinina, ureia, proteinúria, microalbuminúria, ferritina, sódio, potássio, cálcio, fósforo, ácido úrico e ferro sérico. Foi possível observar que as principais alterações encontradas ocorreram no Clearance de creatinina, eTFG, ferritina, ureia e creatinina. Conclui-se, portanto, que o presente estudo permitiu avaliar o perfil desses indivíduos, observando as alterações mais significativas, determinando sua prevalência e ressaltando a importância de um diagnóstico precoce e eficaz, visando uma melhor qualidade de vida para o paciente.

Palavras-chave: Doença renal crônica, Perfil bioquímico, Biomarcadores renais.

INTRODUÇÃO

O aumento exponencial no número de pacientes acometidos pela doença renal crônica (DRC) nos últimos anos tem se tornado cada vez mais preocupante, levando as autoridades médicas a classificá-la como um grave problema de saúde pública. No Brasil, esse problema se torna ainda mais grave pelo alto custo do tratamento, por uma maior prevalência de pessoas que necessitam de alguma terapia renal substitutiva ou por apresentar na maioria dos casos um prognóstico desfavorável (RIBEIRO; ANDRADE, 2018).

A DRC caracteriza-se por apresentar uma lesão renal com perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina) por um período igual ou superior a três meses, o que leva a uma deficiência na capacidade de filtração do sangue e da manutenção da homeostasia (AGUIAR et al., 2020). Em uma fase mais avançada, também chamada de fase de insuficiência renal crônica - IRC, os rins não conseguem mais desempenhar suas funções vitais ao organismo gerando um acúmulo de substâncias prejudiciais ao organismo (SILVA, 2021).

A função renal é avaliada a partir do ritmo de filtração glomerular (RFG) que tende a diminuir na doença renal crônica, associada a perda de suas funções. Quando esse ritmo atinge valores muito baixos, inferiores a 15 mL/min/1,73m² é a chamada falência funcional do rins, ou seja, o estágio mais avançado da doença (SILVA, 2021).

Com relação ao estadiamento da doença ela é dividida em cinco estágios funcionais a depender do grau de lesão do paciente. São eles: lesão renal com RFG normal ou aumentado, lesão renal com RFG levemente diminuído, lesão renal com moderada diminuição do RFG, lesão renal com acentuada diminuição do RFG e falência renal funcional o que leva a alguma terapia renal substitutiva (PORTO et al., 2017).

Como principais causas para o desenvolvimento da insuficiência renal crônica tem-se a hipertensão arterial, diabetes mellitus, histórico familiar de DRC, além de idosos e pacientes em uso de medicamentos nefrotóxicos. Ao mesmo tempo, na maioria dos portadores, ela inicia-se de forma progressiva, insidiosa e assintomática retardando assim o diagnóstico precoce. Vale ressaltar que, todo paciente pertencente ao grupo de risco de desenvolver a DRC deve fazer periodicamente

exames para avaliar a presença de lesão renal (análise de proteinúria) e o ritmo de filtração glomerular (PORTO et al., 2017).

É importante salientar que a descoberta precoce da doença e uma conduta terapêutica eficaz que visa retardar o progresso da doença, prevenir as complicações advindas dela e identificar as comorbidades mais frequentes são essenciais para reduzir o sofrimento dos pacientes e os altos custos com o tratamento (BASTOS, 2020).

O diagnóstico utilizado para identificar o paciente renal crônico baseia-se na avaliação do RFG, nos achados no sumário de urina (EAS) e exames de imagem como a ultrassonografia dos rins e vias urinárias (BRASIL, 2014).

Para efeitos do tratamento, fundamenta-se em quatro componentes essenciais. São eles: 1. Intervenções para retardar o progresso da doença; 2. Diagnóstico e tratamento das doenças oriundas da DRC; 3. Identificação de comorbidades mais frequentes e 4. Medidas educativas e de preparo para possíveis terapias renais substitutivas - TRS (BASTOS, 2020).

Como acompanhamento do tratamento renal, avalia-se o perfil bioquímico sérico e urinário do paciente juntamente com os outros exames. Neste, o RFG se coloca como o parâmetro mais fidedigno de avaliação da função renal. Contudo, alguns biomarcadores também podem ser utilizados para uma avaliação mais indireta, são eles: creatinina e ureia onde a primeira é considerada melhor opção por não sofrer influência de fatores extra renais. De uma forma geral, ambas têm seu valor aumentado conforme o RFG diminui, porém esse aumento só é significativo quando pelo menos 75% do RFG já está diminuído, por isso ambas são consideradas biomarcadores renais tardios (FREITAS et al., 2020).

Portanto, a escolha do tratamento mais adequado para a DRC baseia-se no estágio da doença em que se encontra o paciente. Logo, ele é dividido em dois tipos: tratamento conservador, utilizado nas fases iniciais, e terapias renais substitutivas, implementadas já nas fases terminais da patologia. O tratamento conservador tem como objetivo desacelerar ou inibir a progressão da doença, por meio de condutas que visam propiciar ao paciente um estado clínico seguro de acordo com o seu estágio. E, portanto, o uso de medicamentos e uma dieta restrita de proteínas e controlada são fatores determinantes

nesse paciente. Já o tratamento renal substitutivo, tem como foco a sobrevida do indivíduo baseada na utilização de procedimentos que visam substituir a funcionalidade do rim comprometido, ou seja, através de métodos de filtração artificial do sangue. São eles: hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal (XAVIER et al., 2020).

A escolha de diálise peritoneal como terapia vai depender da condição clínica do paciente, ou em alguns, da decisão em conjunto com o médico, o próprio paciente e a família. Ela pode ser realizada em centros hospitalares ou em domicílio, de forma contínua ou intermitente, sendo manual ou automatizada. Ao utilizar uma máquina cicladora, denomina-se Diálise Peritoneal Automatizada (DPA). Tal equipamento tem uma programação de acordo com a prescrição médica, sendo realizada no período da noite, enquanto o paciente dorme (SILVA et al., 2020).

A hemodiálise, por sua vez, consiste no processo de remoção de líquidos e de substâncias tóxicas presentes no sangue. O tratamento é realizado em sessões de quatro horas, sendo três sessões semanais ao longo da vida, ou até que o transplante renal seja realizado. Durante o período da hemodiálise o paciente permanece no serviço de saúde com o intuito de substituir parcialmente as funções dos rins e com isso garantir a função renal. Nesse processo o sangue é removido do corpo por um tubo e bombeado por uma máquina por meio de um dialisador (rim artificial). Após o processo de filtração é necessária a colocação de um catéter ou a confecção de uma fístula arteriovenosa, a qual torna a veia mais calibrosa e permite um fluxo sanguíneo mais rápido (SILVA et al., 2020).

O transplante renal é uma das modalidades de TRS mais recomendadas para pacientes portadores de doença renal crônica. Pois o paciente transplantado possui uma melhor qualidade de vida, uma menor chance de mortalidade. Contudo, esse tipo de terapia é dependente exclusivamente das características do indivíduo receptor e da possibilidade de doações compatíveis. Candidatos a doadores podem ser do tipo: vivo relacionado (parente), vivo não relacionado (não parente) ou doador cadáver. O transplante realizado entre parentes é recomendado sempre que possível, já que os resultados são melhores. Considera-se a doação entre parentes quando o grau de parentesco consanguíneo é até o 4º grau. Para isso, o doador deve ser adulto (de

preferência entre 30-70 anos), não deve ter qualquer doença renal e deve ter compatibilidade do grupo sanguíneo ABO. Quando existe mais do que um candidato a doador vivo, deve-se sempre optar pelo mais velho (SILVA et al., 2020).

Vale lembrar que o transplante renal não é sinônimo de cura para o paciente renal crônico, pois o mesmo necessitará de cuidados para o resto da vida, em especial ao transplante que pode causar rejeição e complicações de um forma geral (SILVA et al., 2020).

Visto que as alterações ocorridas no perfil da população mundial ao longo dos últimos anos evidenciaram uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, em especial a doença renal crônica, foi necessário implementá-la como um grave problema de saúde pública.

Portanto, faz-se necessário reconhecer a importância do diagnóstico precoce na atenção básica de saúde e ao encaminhamento ao nefrologista, onde é fundamental para retardar a evolução da doença, diminuindo assim a quantidade de pacientes sujeitos a alguma TRS ou até mesmo transplante. Além de contribuir para um desafogamento na rede pública a nível mais complexo. Por fim, fica evidente a necessidade de avaliar regularmente o perfil bioquímico desses pacientes a fim de obter uma resposta terapêutica mais efetiva.

Objetivou-se avaliar o perfil bioquímico de pacientes renais crônicos atendidos em um laboratório clínico, através de exames laboratoriais na cidade de Campina Grande-PB. Em especial, determinar a prevalência dos pacientes renais crônicos, identificar os exames laboratoriais mais solicitados e detectar as principais alterações dos biomarcadores de DRC.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva dos dados em um laboratório de análises clínicas na cidade de Campina Grande-PB. Com uma amostra de 127 indivíduos de ambos os sexos com idade entre 30 e 99 anos que tenham sido diagnosticados com doença renal crônica e que realizaram exames para avaliar o perfil bioquímico. Tendo também assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com base na Resolução CNS Nº 466/12 que regulamenta a pesquisa em seres humanos. Os critérios de inclusão

foram: pacientes com doença renal crônica, e de exclusão: ausência de doença renal. Como instrumento de coleta foram utilizadas fichas laboratoriais com nome, idade, sexo, nº de requisição e resultados dos exames bioquímicos. Já nos procedimentos foram analisados os resultados dos biomarcadores renais: Clearance de creatinina, Taxa de filtração glomerular (eTFG), creatinina, ureia, proteinúria, microalbuminúria, ferritina, sódio, potássio, cálcio, fósforo, ácido úrico e ferro sérico. A análise dos dados foi feita a partir de planilha Excel (Microsoft Office 2019), juntamente com análise estatística e descritiva. Seus aspectos éticos foram aprovados pelo CEP/UEPB sob o parecer de nº 4.895.097. Do ponto de vista normativo, a pesquisa seguiu as normas propostas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) envolvendo pesquisa em seres humanos.

A metodologia e as técnicas empregadas envolveram coletas de amostras de sangue, onde foi utilizado o sistema a vácuo, um sistema fechado, onde o tambor mantém o tubo de coleta das amostras no lugar, protegendo o profissional do contato direto com o sangue. Esse sistema tem como vantagem reduzir o risco de exposição direta ao sangue e tornar mais fácil a coleta de múltiplas amostras em uma única punção venosa.

Já os marcadores bioquímicos para avaliação da função renal foram dosados por métodos enzimáticos, colorimétricos e turbidimétricos. As dosagens de sódio e potássio foram realizadas através do aparelho de eletrodo seletivo.

Para o clearance de creatinina utilizou-se a seguinte fórmula:

$$\text{Depuração (mL/minuto)} = \frac{U}{S} \times VM \times \frac{1,73}{A}$$

Onde:

VM: volume de urina por minuto

A: área da superfície corporal

S: creatinina no soro (mg/dL)

U: creatinina na urina (mg/dL)

1,73: área da superfície corporal em m²

A taxa de filtração glomerular (eTFG) foi estimada através da fórmula (MDRD):

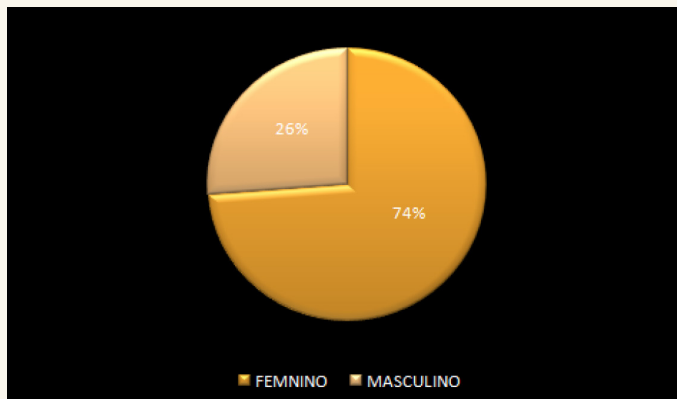
$$eTFG \text{ (mL/min/1,73m}^2\text{)} = 186 \times (\text{creatinina sérica})^{-1,154} \times (\text{idade})^{-0,203} \times (0,742 \text{ se mulher}), \times (1,212 \text{ se negro})$$

Com relação a coleta de urina de 24 horas para dosagem de microalbuminúria e proteinúria, a primeira urina foi descartada e a partir de então, com a bexiga vazia é que o tempo de coleta foi contabilizado. Toda urina colhida foi armazenada num recipiente e mantida sob refrigeração até o horário estabelecido do dia seguinte e em seguida foi enviada ao laboratório o mais rápido possível para realização do exame.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 127 pacientes analisados 74% (n=94) são do sexo feminino e 26% (n=33) do sexo masculino (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com o gênero



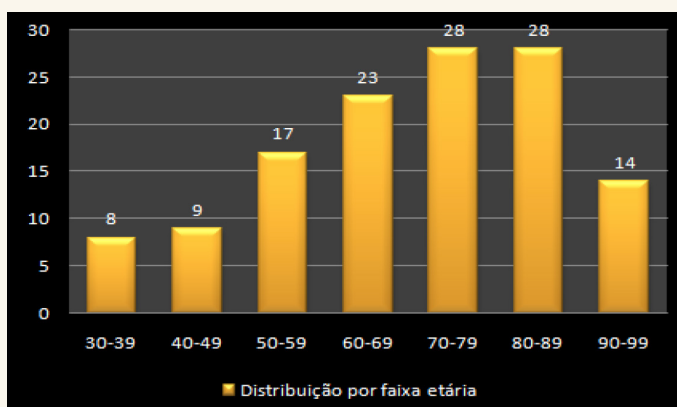
Fonte: Dados da pesquisa, 2021

No estudo de PICCOLI et al (2020) participaram 263 pacientes, sendo 155 do sexo feminino (58,9%) e 108 do sexo masculino (41,1%). Já no estudo realizado por DIAS et al (2019), a amostra foi composta por 93 pacientes de um Centro de Hemodiálise na cidade de Belém-PA

sendo a maioria destes do sexo masculino, correspondendo a 62,36%. Em um outro estudo realizado por MARINHO (2018) do total da amostra estudada, 51,3% são do sexo feminino (n=58) e 48,7% do sexo masculino (n=55). Em relação aos estudos anteriores, este divergiu pois apresentou uma predominância feminina bastante significativa (74%).

Dos 127 pacientes avaliados, observou-se a distribuição por faixa etária, os quais apresentaram idades entre 30 e 99 anos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes por faixa etária



Fonte: Dados da pesquisa, 2021

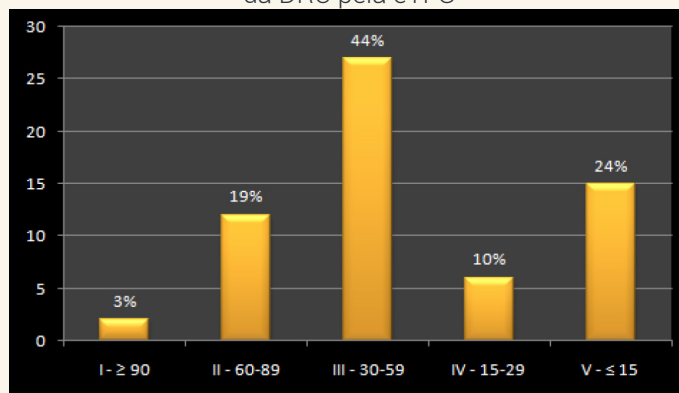
No gráfico 2 é possível observar uma maior prevalência na faixa etária de 70-79 anos e 80-89 anos, ambos contendo 28 pacientes cada, correspondendo a 22%. Em seguida, com 18% encontravam-se 23 pacientes na faixa etária de 60-69 anos.

SALOIO et al (2019) em seu estudo com faixa etária entre 20-79 anos, observaram que o maior percentual encontrado foi na faixa de 60 a 69 anos, (40,9%) contendo 9 pacientes da amostra, em segundo lugar a faixa etária mais acometida foi de 40 a 49 anos (27,27%) com 6 pacientes. Apenas 2 indivíduos acometidos pela doença estavam com idade entre 70 a 79 anos (9,09%). Já na faixa de 20 a 29 anos (4,54%) e 30 a 39 anos (4,54%) ambas tiveram o mesmo percentual, com apenas 1 paciente em cada uma delas. O presente estudo difere dos resultados encontrados por Saloio et al. pois nesse estudo observou-se indivíduos com uma faixa etária mais extensa, com o maior percentual na faixa de 70 a 89 anos e com uma amostra contendo mais indivíduos.

Em um estudo realizado por PACHECO et al (2020) os indivíduos apresentaram idades entre 15 e 85 anos, estando distribuídos de acordo com sua faixa etária. Sendo, entre 15-24 anos 10 pacientes o que corresponde a 12%, 25-39 anos com 25 pacientes (29%), 40-55 anos com 17 pacientes (20%), 56-70 anos com 31 pacientes (36%) e 71-85 anos com apenas 2 pacientes (3%). É importante destacar aqui a presença de indivíduos menores de 15 anos já acometidos pela DRC o que difere do presente estudo. Além disso, foi possível observar uma abrangência maior em relação à faixa etária, que se estendeu até 99 anos, e também em relação à faixa etária mais acometida que variou de 70 a 89 anos divergindo dos estudos anteriores.

Dos 127 pacientes analisados, 62 apresentaram dados para eTFG e partir deste parâmetro foi possível observar a distribuição nos 5 estágios funcionais da DRC a depender da gravidade da lesão, como mostra o Gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição do estadiamento dos pacientes nos 5 estágios funcionais da DRC pela eTFG



Fonte: Dados da pesquisa, 2021

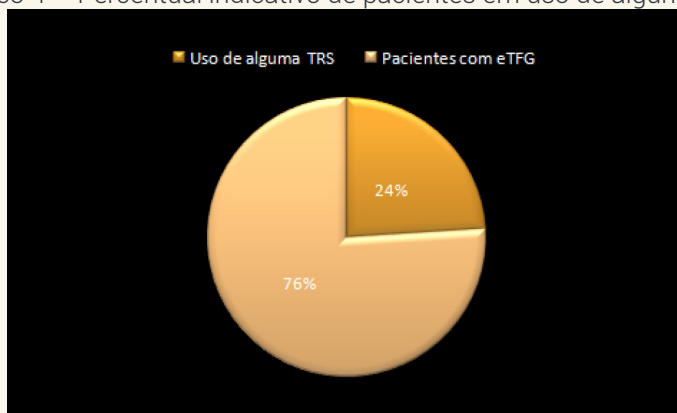
A Classificação de acordo com os 5 estágios deu-se da seguinte forma: No estágio I, apenas 2 pacientes apresentaram eTFG ≥ 90 ml/min/1,73m² o que corresponde a 3%, estando estes, dentro dos valores normais para este biomarcador. No estágio II, 12 pacientes apresentaram eTFG entre 60-89 ml/min/1,73m² representando 19%. O estágio III, por sua vez, foi o que apresentou maior número de pacientes (n=27) correspondendo a 44%, compreendendo um valor entre 30-59 ml/

min/1,73m². Apenas 6 pacientes se apresentaram no estágio IV, o que representa 10%, com TFG entre 15-29 ml/min/1,73m². Por fim, tem-se o estágio V, representado por 15 pacientes com TFG ≤15 ml/min/1,73m² com cerca de 24%.

Sobre o estadiamento da DRC, THEES et al 2018 em seu estudo realizado com 188 pacientes observou que 4,8% dos indivíduos encontravam-se no estágio II da doença, 16,5% no estágio IIIA, 35,1% no estágio IIIB, 34% no estágio IV e 9,6% no estágio V. O que corrobora com este estudo, mostrando que a maioria dos pacientes renais crônicos se encontram no estágio III da doença (44%), e que a partir de então são encaminhados para um tratamento especializado.

No estágio V, conhecido como a fase de falência funcional, os rins não conseguem desempenhar suas funções básicas, indicando que estes pacientes devem fazer uso de alguma terapia renal substitutiva, seja ela hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante, como mostra o Gráfico 4.

Gráfico 4 – Percentual indicativo de pacientes em uso de alguma TRS



Fonte: Dados da pesquisa, 2021

O gráfico 4 mostra o percentual de pacientes que estão em uso de algum tratamento renal substitutivo, representando 24% do total de pacientes que apresentaram dados para a eTFG (76%).

Segundo TEIXEIRA et al (2015), dos 162 pacientes analisados em seu estudo, 14 (8,64%) tiveram como alternativa de tratamento o transplante e 94 (58,02%) realizavam hemodiálise regularmente. O

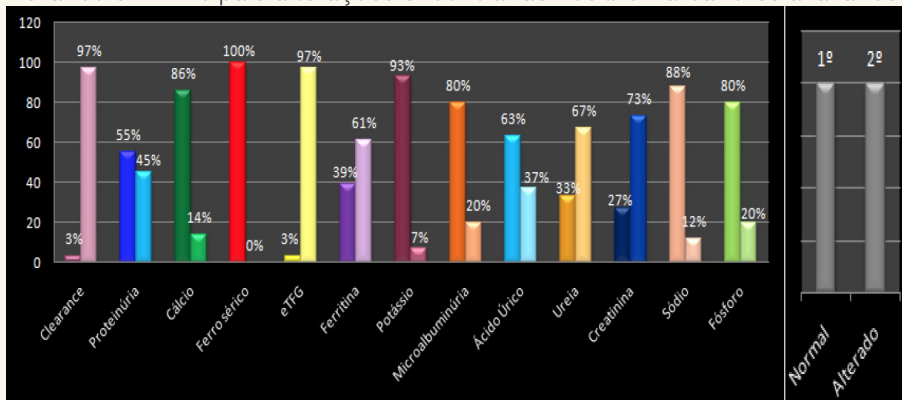
que indica que 66,66% desses pacientes faziam uso de alguma TRS. Caracterizando um valor superior se comparado a este estudo.

De acordo com NEVES et al (2020), em seu estudo realizado a partir de dados do inquérito da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) destaca que entre os anos de 2009 e

2018 houve um aumento significativo do número de pacientes dependentes de TRS (58%) se comparados àqueles em tratamento conservador, dos quais cerca de 92% utilizam a hemodiálise como método predominante e apenas 7,8% recorrem a diálise peritoneal. Em relação ao presente estudo, não foi possível especificar em qual tipo de terapia esses pacientes se encontravam.

De acordo com o gráfico 5 é possível fazer uma análise do perfil bioquímico dos 127 pacientes analisados a partir das alterações encontradas nos principais biomarcadores renais. São eles: Clearance de creatinina, proteinúria, cálcio, ferro sérico, RFG, ferritina, potássio, microalbuminúria, ácido úrico, ureia, creatinina, sódio e fósforo. Onde, a primeira barra de cada marcador corresponde aos valores normais e a segunda alterados. É importante destacar que nem todos os pacientes possuíam dados para todos os biomarcadores avaliados no estudo.

Gráfico 5 - Principais alterações encontradas nos biomarcadores avaliados



Fonte: Dados da pesquisa, 2021

É possível observar que as principais alterações encontradas foram no Clearance de creatinina (97%), eTFG (97%), Ferritina (61%), Ureia (67%) e Creatinina (73%). Os outros parâmetros apresentaram-se

em sua maioria, dentro dos valores de referência, e alguns com alterações menos expressivas (Gráfico 5).

Em relação ao Clearance de creatinina, foi observado que de 61 pacientes avaliados, 59 apresentaram valores alterados (97%) estando abaixo do recomendado, (97 a 137 mL/min/1,73m² para homens e 88 a 128 mL/min/1,73m² para mulheres). Quanto a eTFG, dos 62 pacientes avaliados, 60 (97%) apresentaram alterados com valores abaixo do ideal. Dos 56 pacientes avaliados para os níveis de ferritina, 34 apresentaram-se alterados (61%) sendo a maioria com valores acima do ideal, (homens: 30-220 µg/L e mulheres: 20-110 µg/L) e uma pequena parcela com valores abaixo. Em relação a ureia, dos 89 pacientes avaliados, 60 apresentaram níveis alterados para este marcador (67%), a maioria estando acima do ideal V.R: Adultos (21-60 anos): 12,9-42,9 mg/dL; (60-90 anos):17,2-49,3 mg/dL; (>90 anos): 21,4-66,5 mg/dL. Por fim, 46 (73%) dos 63 pacientes analisados para creatinina possuíam valores alterados, estando acima da normalidade (homens:0,6-1,2 mg/dL e mulheres: 0,5-1,1 mg/dL).

No estudo realizado por MOKAN (2018) onde os parâmetros bioquímicos avaliados em pacientes com DRC a espera de transplante diferem do estudo em questão, foi observado que o potássio teve 47,62% dos pacientes com valores normais para este marcador e 47,62% com valores acima do ideal. O fósforo apresentou-se alterado em 76,19% dos pacientes. A concentração sérica de cálcio mostrou que 66,67% dos pacientes apresentaram valores dentro da normalidade, assim como, para os valores de albumina (85,71%). Tal estudo mostrou resultados divergentes em relação aos valores de potássio e fósforo, os quais estavam com o maior percentual dentro da normalidade. Mas mostrou-se compatível com os valores de cálcio e albumina analisados.

Já no estudo realizado por THEES et al 2018 com pacientes em tratamento conservador foram observados que os minerais avaliados (potássio, sódio e fósforo) apresentaram valores adequados em sua maioria. Porém, foi observado que os valores alterados de potássio e fósforo foram diferentes entre os estágios da DRC, e que pacientes do estágio IV tinham esses valores superiores em relação aos pertencentes aos estágios anteriores. Já o fósforo apresentou diferença entre os estágios 2 e 4 e entre o estágio 5 com os demais estágios da DRC

avaliados. Já sobre a TFG foi possível notar que indivíduos com maior idade possuíam menor TFG, o que justifica os valores alterados para este biomarcador, já que a maioria dos pacientes (82,45%) eram idosos com idade ≥ 60 anos.

GIACHINI et al (2017) avaliaram o perfil bioquímico de 50 pacientes hemodialíticos analisando parâmetros como: Ureia pré e pós-diálise, potássio, cálcio, transferrina, ferritina, ferro sérico e albumina. Onde esses pacientes foram divididos em 4 grupos a depender do tempo de diálise. A ureia pré-diálise encontrou-se com níveis significativamente elevados entre todos os pacientes. Em relação às concentrações de potássio, o grupo 1 apresentou valores adequados, enquanto os grupos 2, 3 e 4 estão com concentrações significativamente superiores. As concentrações de cálcio do grupo 1 apresentaram-se diminuídos significativamente em relação aos demais. Aumentos significativos nas concentrações de potássio foram encontrados em todos os grupos. Já nos níveis de transferrina, ferritina, ferro sérico e albumina não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. O que pode-se considerar que este estudo apresentou alguma semelhança nos resultados encontrados por ambos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise dos dados coletados no presente estudo, foi possível observar algumas semelhanças com estudos realizados por outros autores. Apesar de existirem diferenças entre o perfil populacional estudado, os biomarcadores avaliados, e da metodologia proposta.

Portanto, tal estudo permitiu avaliar o perfil de indivíduos acometidos de doença renal crônica (DRC), por meio de exames bioquímicos. Onde foram encontradas alterações mais expressivas no Clearance de creatinina, eTFG, ferritina, ureia e creatinina. Neste sentido, determinar a prevalência da DRC nesses pacientes é de extrema importância, contribuindo para um maior conhecimento, tratamento e controle desta patologia. Portanto, uma avaliação dos exames de forma regular, é imprescindível para o controle e retardo da progressão da doença.

É importante ressaltar que o diagnóstico tardio e conseqüentemente, seu encaminhamento para o especialista traz maior sofrimento para o paciente, além do alto custo com o tratamento. Sabe-se então,

que esses dois fatores aliados são essenciais no manuseio da doença, uma vez que possibilita a educação pré-diálise e a realização de medidas educativas e preventivas que contribuem para retardar a doença e diminuir a taxa de morbimortalidade.

Por fim, destaca-se a importância de um maior monitoramento e esclarecimento por parte das autoridades médicas a população sobre a DRC, visto que suas causas e consequências ainda são ignoradas por muitos.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Lilian K. de; et al. Fatores associados à doença renal crônica segundo critérios laboratoriais da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev.Bras.Epidemiol.*, v.23, e.200101, 2020. p.1-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200101/pt>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BASTOS, Marcus G. Medidas Preventivas na Doença Renal Crônica. *Rev. UNIFAGOC.*, v.5, n.1, 2020. p.49-58. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/595/595>. Acesso em: 03 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica - DRC no sistema único de saúde. Brasília, 2014.

DIAS, Maria R. F; et al. Parâmetros clínicos e bioquímicos de pacientes renais crônicos em hemodiálise com níveis elevados de fosfatase alcalina. *BRASPENJ.*, v.34, n.4, 2019. p.336-41. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Karina-Cordeiro/publication/341147227_Parametros_clinicos_e_bioquimicos_de_pacientes_renais_cronicos_em_hemodialise_com_niveis_elevados_de_fosfatase_alcalina/links/605a1791458515e83467cd83/Parametros-clinicos-e-bioquimicos-de-pacientes-renais-cronicos-em-hemodialise-com-niveis-elevados-de-fosfatase-alcalina.pdf Acesso em: 07 ago. 2021.

FREITAS, Mylena E. S; et al. A avaliação bioquímica do sistema urinário como ferramenta diagnóstica: Revisão. *PubVet.*, v.14, n.12, 2020. a702, p.1-6. Disponível em: [file:///C:/Users/3m/Downloads/a-avaliaccedilatildeo-bioquiacutem%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/3m/Downloads/a-avaliaccedilatildeo-bioquiacutem%20(1).pdf). Acesso em: 04 mai. 2021.

GIACHINI, Elisangela; et al. Perfil de Pacientes Hemodialíticos relacionados a Parâmetros Bioquímicos e Hematológicos no Oeste Catarinense. *Colloq Vitae.* v.9, n.2, 2017. p.37-44. Disponível em: <https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1571/1955> Acesso em: 24 Ago. 2021.

MARINHO, Davi H. Perfil Bioquímico e Nutricional de Pacientes portadores de Doença Renal Crônica submetidos à Terapia Hemodialítica em um Hospital-Escola de referência de Pernambuco. 2018. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2018. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/571/1/Perfil%20bioqu%20c3%20admico%20e%20nutricio%20nal%20de%20pacientes.pdf> Acesso em: 07 ago. 2021.

MOKAN, Mônica K. Estado Nutricional e Parâmetros Bioquímicos de Pacientes na fila de espera de Transplante Renal. 2018. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2018. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5668/Monica%20karine%20Mokan.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 24 Ago. 2021.

NEVES, Precil D. M. de M; et al. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. J.Bras.Nefrol., v.42, n.2, 2020. p.191-200. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbn/a/Dbk8Rk5kFYCSZGJv3FPpxWC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 Ago. 2021.

PACHECO, Edildete S; et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de pacientes renais crônicos em terapia hemodialítica. Research, Society and Development, v.9, n.11 e1609119715, 2020. p.1-16. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9715> Acesso em: 07 Ago. 2021.

PORTO, Janaína R; et al. Avaliação da função renal na doença renal crônica. RBAC., v.49, n.1, 2017. p. 26-35. Disponível em: <http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2017/06/RBAC-1-2017-ref.-320.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2021

RIBEIRO, Wanderson A; ANDRADE, Marilda. Enfermeiro protagonista na educação em saúde para o autocuidado de pacientes com doenças renais crônicas. Rev.PróUniverSUS, v.9, n.2, 2018. p.60-65. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/1378-Texto%20do%20artigo-5276-2-10-20181221.pdf> Acesso em: 03 Set. 2021.

SALOIO, Maíra K; et al. Análise dos Parâmetros Físicos e Bioquímicos de Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em início de Terapia Renal Hemodialítica. FAG Journal of Health., v.1, n.4, 2019. p.1-18. Disponível em: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/118/125> Acesso em: 07 ago. 2021.

SILVA, Manuelle R. da; et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa. Braz.J.Health.Rev., v. 3, n.4,

2020. p.9344-9374. Disponível em: file:///C:/Users/3m/Downloads/13964-36211-1-PB.pdf Acesso em: 13 Set. 2021.

SILVA, Tainá K. da. Diabetes **mellitus** e hipertensão arterial em pacientes com insuficiência renal crônica em diálise: Revisão integrativa. Research, Society and Development., v.10, n.6, 2021. p.1-11. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16121/14385>. Acesso em: 02 jul. 2021.

TEIXEIRA, Fernanda I. R; et al. Sobrevida de pacientes em hemodiálise em um hospital universitário. J.Bras.Nefrol, v.37, n.1, 2015. p.64-71. Disponível em: https://www.bjnephrology.org/wp-content/uploads/articles_xml/2175-8239-jbn-S0101-28002015000100064/2175-8239-jbn-S0101-28002015000100064.pdf Acesso em: 22 Ago. 2021.

THEES Tatiana Y. de P; et al. Avaliação antropométrica e bioquímica de portadores da doença renal crônica em tratamento conservador. Nutr.clín.diet.hosp., v. 38, n.4, 2018. p.75-81. Disponível em: <https://revista.nutricion.org/PDF/PEREIRA.pdf> Acesso em: 07 Ago. 2021.

XAVIER, Brunno L. S; et al. Sentidos e significados do tratamento conservador nas pessoas com doença renal crônica. Aquichan., v.20, n.3, 2020. p.1-11. Disponível em: file:///C:/Users/3m/Downloads/Dialnet-SentidosESignificado sDoTratamentoConservadorNas Pes-7564940.pdf Acesso em: 13 Set. 2021.

CONDIÇÕES DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

GERLANIA RODRIGUES SALVIANO FERREIRA

Doutoranda do Curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, gerlania.rodrigues@hotmail.com ;

RAYANE DA SILVA ARRUDA

Mestranda do Curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rayarruda@hotmail.com;

ANA LUÍSA FERNANDES VIEIRA MELO

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, luisa.vieira.fm@gmail.com;

CECÍLIA ALEXANDRINA DE FARIAS PONTES

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, ceeci.alx@gmail.com;

RESUMO

A evolução do diabetes é marcada pelo aparecimento de diversas complicações, podendo levar a diminuição da capacidade funcional e autonomia da pessoa idosa acometida. Assim, se faz necessário conhecer as condições de saúde das pessoas idosas com diabetes mellitus e a assistência de enfermagem a esse segmento populacional, o que contribuirá para uma reflexão dos profissionais de saúde acerca dos cuidados prestados e fornecerá subsídios para um planejamento mais eficaz. O estudo teve como objetivo analisar as condições de saúde e assistência de enfermagem à pessoa idosa com diabetes mellitus na estratégia de saúde da família. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com 144 pessoas idosas atendidas nas Unidades de Saúde da Família, no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados utilizando um instrumento semiestruturado. A análise ocorreu por meio da estatística descritiva. O projeto foi aprovado sob parecer de nº 3.411.237. Foi evidenciada uma maior frequência de idosos que não consumiam bebidas alcoólicas (89,6%), realizavam atividades de lazer (56,3%), percebiam a sua saúde como nem boa nem ruim (49,3%), possuíam alguma comorbidade associada ao diabetes (84,0%), com maior prevalência de hipertensão arterial (76,4%), faziam uso diário de hipoglicemiante oral (89,6%) e realizaram de duas a cinco consultas de enfermagem (57,6%). Estes achados podem subsidiar a elaboração de políticas públicas e intervenções de saúde, em especial da enfermagem, que visem melhores condições de saúde a essa população, prolongando ainda mais a longevidade com qualidade de vida.

Palavras-chave: Perfil de Saúde. Diabetes Mellitus. Idoso. Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira tem impactado e trazido mudanças no perfil demográfico e epidemiológico no país, com o aumento do número de pessoas idosas e suas comorbidades, o que leva a necessidade de respostas das políticas sociais quanto as novas formas de cuidado. Em 1950 o quantitativo de pessoas com 60 anos ou mais era de 2,6 milhões, passando para 29,9 milhões em 2020, o que representa cerca de 14% do total de habitantes (UNITED NATIONS, 2019).

O envelhecimento populacional é caracterizado como um processo de declínio gradativo e cumulativo na reserva fisiológica, que associado a fatores genéticos, ambientais e comportamentais, contribuem para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), compreendidas entre as circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e o diabetes mellitus (DUNCAN et al. 2017).

As DCNT são consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um dos maiores problemas de saúde pública no mundo, pois são responsáveis por aproximadamente 41 milhões de mortes a cada ano, correspondendo quase 71% de todos os óbitos (OMS, 2018). Dentre essas morbidades, destaca-se o diabetes mellitus por suas altas taxas de morbimortalidade, aumento de sua incidência e prevalência, sobretudo na população idosa (CAMPOS et al., 2016).

A Federação Internacional de Diabetes aponta que 463 milhões de pessoas vivem com diabetes e que até 2030, 578 milhões no mundo terão essa doença. Esse número saltará para aproximadamente 700 milhões até 2045 (IDF, 2019). Dentre as pessoas idosas, cerca de 111 milhões possuem diabetes mellitus, com prevalência de aproximadamente 20% entre as pessoas acima de 65 anos (BORBA et al. 2019).

O diabetes caracteriza-se por uma condição séria e de longo prazo que ocorre quando o corpo não pode produzir insulina de forma alguma ou em quantidade suficiente, ou não pode utiliza-la com a eficácia de sua produção, promovendo assim elevados níveis de glicose no sangue, percebidos através de sintomas como sede excessiva, visão embaçada, micção frequente, falta de energia, fadiga, fome constante e perda de peso repentino (IDF, 2019).

Sua evolução é marcada pelo aparecimento de diversas complicações, como as macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) e as microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia), sendo a causa mais comum de cegueira irreversível, doença renal crônica e amputações não traumáticas de membros inferiores (MMII), ocasionando a diminuição da capacidade funcional e autonomia da pessoa idosa acometida, que por sua vez, já convive com as limitações inerentes a idade (BANDEIRA, 2019; NEGREIROS et al., 2016).

Dessa forma, esses usuários necessitam de um olhar mais sensível, tendo visto que suas necessidades de saúde sofrem consideráveis impactos pelo o processo de envelhecimento e progressão da doença. Sabe-se que a estratégia de saúde da família (ESF) é a porta de entrada para o cuidado da pessoa idosa com diabetes, o que facilita o seu acompanhamento e a identificação das necessidades de forma contínua (BRASIL, 2017).

Por meio das consultas, o enfermeiro pode acompanhar a rotina do indivíduo e suas condições de saúde, verificar a adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, analisar os exames laboratoriais, rastrear possíveis descompensações e exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco, bem como orientar a pessoa idosa e sua rede de apoio quanto as medidas adequadas para o manejo da doença, o que favorece uma melhor qualidade de vida e bem estar a condição crônica (BRASIL, 2017; SILVA et al., 2014; BARBIANI; NORA; SCHAEFER, 2016).

Desse modo, percebe-se que a avaliação das condições de saúde é de extrema importância, pois pode influenciar na evolução ou melhoria do diabetes, assim como, a avaliação da assistência de enfermagem a essa população, que é responsável pelo empoderamento desse grupo quanto ao autocuidado, atuando com estratégias que visam a manutenção da capacidade funcional e autonomia desses usuários, por meio de um cuidado multidimensional. (CARVALHO, et al., 2018; PINCHERA; DELLOLACONO; LAWLESS, 2018; VINCENTE, et al., 2019).

Portanto, conhecer as condições de saúde das pessoas idosas com diabetes mellitus e a assistência de enfermagem a esse segmento populacional, contribuirá para uma reflexão dos profissionais de saúde acerca dos cuidados prestados e fornecerá subsídios para um planejamento que proporcione um acompanhamento direto e

longitudinal, o que facilitará a identificação de problemas e agravos e a implementação de ações de enfermagem que colaborem com a promoção, prevenção e reabilitação do usuário (SILVA, et al., 2017a).

Assim, este estudo tem como objetivo analisar as condições de saúde e assistência de enfermagem à pessoa idosa com diabetes mellitus na estratégia de saúde da família.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil, entre os meses de junho a outubro de 2019. A população foi composta por todos os usuários idosos com diabetes mellitus atendidos nas USFs que apresentassem o enfermeiro atuando há pelo menos um ano, correspondendo a 10.647 indivíduos em 72 USFs distribuídas nos cinco Distritos Sanitários (DS): I – 2.641; II – 1.919; III – 3.072; IV – 1.554; V – 1.46.

A seleção da amostra foi realizada segundo o método de alocação proporcional ao quantitativo de idosos atendidos por cada DS, em comparação com o número total de idosos com diabetes mellitus, considerando o custo de seleção fixo para todos os elementos da população-alvo (COCHRAN, 1977; VALLIANT; DEVER; KREUTER, 2013).

Desta forma, o tamanho da amostra obtido foi: DS I = 37, DS II = 27, DS III = 38, DS IV = 22 e DS V = 18, totalizando 142 usuários. Entretanto, no intuito de realizar um quantitativo proporcional de entrevistas de idosos por unidade, decidiu-se incluir uma entrevista nos Distritos I e II (n= 38 e 28, respectivamente), os quais apresentavam um número total ímpar, impossibilitando a divisão. Desse modo, a amostra do presente estudo foi composta por 144 participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram possuir idade igual ou superior a 60 anos, apresentar diagnóstico médico de diabetes tipo 2 e ser acompanhado na USF há, no mínimo, um ano. Foram excluídos os idosos que não se comunicavam verbalmente e que não possuíam condições cognitivas para responder as perguntas, conforme avaliação do Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, na qual as pessoas idosas eram abordadas na sala de espera da unidade de saúde, em grupos de convivência ou em seus domicílios,

sendo as visitas previamente agendadas com o usuário e o Agente Comunitário de Saúde.

Para obtenção dos dados das condições de saúde, características e assistência de enfermagem à pessoas idosas com diabetes mellitus, foi utilizado um instrumento semiestruturado contendo informações acerca do consumo de bebidas alcoólicas, atividades de lazer, autoavaliação da saúde, presença de comorbidades, medicamentos em uso, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, histórico familiar de diabetes, parentesco com o familiar, complicações do diabetes, tipo de complicação, número de consultas de enfermagem, recebimento de informações sobre a doença, local, onde recebeu informações e profissional que prestou orientações.

Os dados coletados foram transferidos para um banco de dados no programa *Microsoft Office Excel* e posteriormente, processados pelo aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0. A análise dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva. O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob CAAE Nº 13095219.7.0000.5188 e parecer Nº 3.411.237 de 25 de junho de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, observou-se uma maior frequência do sexo feminino (66,7%), com idade entre 65 e 69 anos (34,0%), casados ou que viviam em união estável (54,9%), com nove a 12 anos de estudo (33,3%), praticantes da religião católica (63,9%), não possuíam ocupação (80,6%), apresentavam renda pessoal e familiar entre um e três salários mínimos (88,2% e 88,9%, respectivamente), eram aposentados (75,0%) e residiam apenas com o cônjuge (25,0%).

Em relação às condições de saúde, foi evidenciada uma maior frequência de idosos que não consumiam bebidas alcoólicas (89,6%), realizavam atividades de lazer (56,3%), destacando-se a ida para a praia (20,1%), percebem a sua saúde como nem boa nem ruim (49,3%), possuíam alguma comorbidade associada ao diabetes (84,0%), com maior prevalência de hipertensão arterial (76,4%) e faziam uso diário de hipoglicemiante oral (89,6%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos dados referentes às condições de saúde das pessoas idosas com diabetes mellitus. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=144)

Variáveis	n	%
Consumo de bebidas alcoólicas		
Não	129	89,6
Sim	15	10,4
Atividade de lazer		
Sim	81	56,3
Não	63	43,8
Tipo de atividade de lazer		
Não se aplica	63	43,8
Praia	29	20,1
Viagem	18	12,5
Igreja	15	10,4
Shopping	10	6,9
Casa de familiares/amigos	5	3,5
Outras	4	2,8
Autoavaliação de saúde		
Muito ruim	5	3,5
Ruim	20	13,9
Nem boa nem ruim	71	49,3
Boa	42	29,2
Muito boa	6	4,2
Presença de comorbidade		
Sim	121	84,0
Não	23	16,0
Tipo de comorbidades*		
Hipertensão arterial	110	76,4
Osteomuscular	41	28,5
Dislipidemia	30	20,8
Tipo de comorbidades*		
Cardiopatia	13	9,0
Glaucoma	6	4,2
Depressão	3	2,1
Medicamentos em uso*		
Hipoglicemiante oral	129	89,6
Anti-hipertensivos	107	74,3
Insulina	35	24,3
Anti-depressivos	3	2,1
Total	144	100,0

*Os participantes podiam marcar mais de uma alternativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Um elevado percentual dos participantes referiu não consumir bebidas alcoólicas, sendo considerado um elemento positivo para o controle metabólico, corroborando com os achados de estudos realizados em João Pessoa – PB (VICENTE et al., 2019), Minas Gerais (DIAS et al., 2017) e São Paulo (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016). Os idosos são frequentemente acometidos por múltiplas doenças, o que resulta no maior consumo de medicamentos, os quais quando combinados com as substâncias nocivas presentes no álcool, resultam em interações farmacológicas perigosas, agravando o quadro instalado e dificultando a recuperação (SILVA et al., 2017b). Neste sentido, se faz necessário orientar esses indivíduos acerca dos riscos inerentes ao consumo de bebidas alcoólicas, estimulando o abandono desse hábito como forma de proteção e melhoria das condições de saúde.

Neste estudo, foi evidenciado uma alta adesão às atividades de lazer entre as pessoas idosas. O lazer/recreação faz parte do conceito de saúde, sendo apontado como fator relevante para a qualidade de vida dessa população, com benefícios para o bem-estar físico e mental e para o estabelecimento de interações e socializações (SALES; BARBOSA; PEREIRA, 2018).

A percepção de saúde foi considerada como nem boa nem ruim, o que está em consonância com estudo realizado nas cinco Regiões do Brasil, o qual identificou a autoavaliação de saúde como regular (NASCIMENTO, et al 2017). A percepção da saúde é algo subjetivo e individual, que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais que precisam ser considerados, principalmente na presença de uma doença crônica, pois as adaptações advindas do manejo da sua condição e as experiências vivenciadas, podem refletir na maneira como se percebe o seu estado de saúde. Assim, conhecer a realidade expressa por cada indivíduo ajuda o profissional a elencar os fatores de risco para insatisfação com a sua própria saúde e poder intervir de maneira efetiva (MELO et al., 2016).

A maioria dos entrevistados relataram possuir alguma comorbidade associada ao diabetes, com maior frequência de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esta comorbidade é a mais encontrada entre as pessoas com diabetes, sobretudo na população idosa (MAGALHÃES et al., 2019; COSTA NETO et al., 2018; BERNINI et al., 2017; BORBA et al., 2019; FREIRE; ANDRADE; VERAS, 2019; NOWAKOWSKA et al., 2019).

A presença simultânea de diabetes e HAS representa um alto risco de desfechos desfavoráveis, uma vez que potencializa a chances de complicações circulatórias na pessoa idosa, resultando em problemas coronarianos e renais que podem provocar a morte prematura (FERRAZ; REIS; LIMA, 2017). No entanto, um controle rigoroso da hipertensão pode favorecer o controle glicêmico e metabólico, visto que reduz consideravelmente os riscos de complicações, internações hospitalares e óbitos (COSTA NETO et al., 2018).

Dentre os medicamentos de uso diário, os hipoglicemiantes orais apresentaram destaque, por serem os medicamentos de primeira escolha para o tratamento do diabetes, o que corrobora com estudo realizado em Minas Gerais, no qual 75,5% dos participantes faziam uso dessa classe medicamentosa (ASSUNÇÃO et al., 2017).

Sobre as características do diabetes mellitus, a maioria das pessoas idosas possuía um tempo de diagnóstico e de tratamento de seis a 10 anos (29,2% e 30,6%, respectivamente), apresentava histórico familiar de diabetes (56,3%), sendo a mãe como o familiar mais frequente (26,4%), e referiu a presença de complicações (55,6%), destacando-se a neuropatia (37,5%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos dados referentes às características do diabetes mellitus. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=144)

Variáveis	N	%
Tempo de diagnóstico		
1 – 2 anos	23	16,0
3 – 5 anos	33	22,9
6 – 10 anos	42	29,2
11 – 20 anos	31	21,5
21 anos ou mais	15	10,4
Tempo de tratamento		
1 – 2 anos	26	18,1
3 – 5 anos	31	21,4
6 – 10 anos	44	30,6
11 – 20 anos	30	2,08
21 anos ou mais	13	9,0
Histórico familiar de diabetes		
Sim	81	56,3
Não	63	43,8

Variáveis	N	%
Familiar com diabetes		
Não se aplica	63	43,8
Mãe	38	26,4
Irmão	24	16,7
Pai	10	6,9
Tios	7	4,9
Avós	1	0,7
Sobrinhos	1	0,7
Complicações do diabetes		
Sim	80	55,6
Não	64	44,4
Tipo de complicação*		
Neuropatia	54	37,5
Retinopatia	26	18,1
Acidente vascular encefálico	9	6,3
Nefropatia	7	4,9
Infarto	6	4,2
Pé diabético	3	2,1
Total	144	100,0

Os participantes podiam marcar mais de uma alternativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A maioria das pessoas idosas possuía um tempo de diagnóstico e de tratamento de seis a dez anos. Estudo que teve por objetivo descrever os aspectos socioeconômicos, de condições de saúde e de hábitos de vida de idosos portadores de diabetes, observou que 73% dos idosos apresentavam diagnóstico por cinco ou mais anos (MAGALHÃES et al., 2019). Acredita-se que quanto maior o tempo da doença, melhor se torna o conhecimento e entendimento do esquema terapêutico, sendo observado em estudo no Piauí uma relação significativa e proporcional entre o tempo de diagnóstico e a aderência ao tratamento medicamentoso (SANTOS et al., 2019).

A maior parte dos idosos referiu histórico familiar da doença, sendo a mãe, como o familiar mais frequente. Em congruência a esse resultado, estudos realizados nas redes básicas do Ceará (FREIRE; ANDRADE; VERAS, 2019) e da Bahia (MAGALHÃES, et al 2019) evidenciaram que mais da metade dos diabéticos possuíam parentes de

primeiro grau com a patologia. A presença do diabetes é marcada por influência genética, sendo elevada a chance de desenvolver a doença quando o indivíduo possui algum familiar de primeiro grau acometido. Neste sentido, a investigação do histórico familiar de diabetes representa um fator de alerta para os profissionais de saúde, por permitir intervenções precoces para proteção da saúde e prevenção do diabetes nos membros da família (BANDEIRA, 2019).

Quanto à presença de complicações, a neuropatia foi a mais relatada pelos participantes. Essa complicação acomete metade dos idosos com diabetes e consiste em uma diminuição da sensibilidade térmica e dolorosa, com perda do mecanismo de proteção contra lesões traumáticas, sendo o principal fator de risco para o surgimento de úlceras em MMII, popularmente chamada de pé diabético (OLIVEIRA NETO et al, 2017; VICENTE et al., 2019).

As úlceras se tornam infectadas em grande parte dos casos, o que potencializa a evolução para amputações, elevando a taxa de mortalidade e prolongando o tratamento hospitalar ou ambulatorial, com consequente absenteísmo no trabalho e aposentadoria precoce (OLIVEIRA NETO et al, 2017).

Neste sentido, o cuidado com os pés é imprescindível para a prevenção de lesões nas pessoas idosas com diabetes. Assim, o enfermeiro exerce papel fundamental na assistência a esses usuários, orientando acerca da prática de inspeção e higiene diária, calçado adequado e tratamento imediato de lesões menores, tendo em vista que essas simples medidas profiláticas diminuem a ocorrência de úlcera em aproximadamente 50% e de amputações em 85% dos casos (PIMENTEL; MARQUES, 2019; SENTEIO et al., 2018; VIBHA et al., 2018).

Mediante a análise da Tabela 3, foi observado que a maior parte das pessoas idosas realizou de duas a cinco consultas de enfermagem (57,6%), recebeu informações sobre a doença (91,7%), no ambiente do consultório (88,2%), por outros profissionais (84,0%).

Tabela 3 – Distribuição dos dados referentes à assistência das pessoas idosas com diabetes mellitus. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=144)

Variáveis	n	%
Número de consultas de enfermagem		
2 – 5 consultas	83	57,6
6 – 10 consultas	35	24,3
11 ou mais consultas	26	18,1
Recebeu informações sobre a doença		
Sim	132	91,7
Não	12	8,3
Onde recebeu informações		
Consultório	127	88,2
Não recebeu informações	12	8,3
Outros	5	3,5
Profissional que prestou orientações*		
Outros profissionais	121	84,0
Enfermeiro	62	43,1
Total	144	100,0

*Os participantes podiam marcar mais de uma alternativa.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Concernente à assistência recebida, as pessoas idosas realizaram de duas a cinco consultas de enfermagem. A consulta de enfermagem é utilizada, principalmente, na rede básica, tendo amparo legal mediante a Lei Nº 7.498/86 de Exercício Profissional da Enfermagem (COFEN, 2009). Essa prática promove o vínculo entre o enfermeiro e usuário ao captar informações necessárias, levando ao diagnóstico preciso e possibilitando a elaboração

Diante desse contexto, educar os pacientes com diabetes é algo essencial, pois proporciona o aumento do conhecimento e a atitude frente a doença, o que pode resultar em uma melhora do autocuidado e, conseqüentemente, em um bom controle metabólico, com diminuição dos índices das complicações associadas (ASSUNÇÃO et al., 2017).

Assim, para que as mudanças de comportamento ocorram de maneira efetiva, torna-se imprescindível o auxílio e o apoio contínuo dos profissionais de saúde (VICENTE et al., 2019). No entanto, embora o acompanhamento do enfermeiro seja de extrema relevância,

percebem - se falhas no cuidado a pessoa idosa com diabetes no presente estudo, uma vez que todos os participantes tiveram no mínimo duas consultas com este profissional, mas apenas 43,1% dos usuários obtiveram informações acerca da doença por meio do enfermeiro.

Pesquisa que teve por objetivo analisar os comportamentos adotados pelos usuários com diabetes em relação ao autocuidado, revelou que os mesmos procuram o serviço de saúde somente quando têm alguma necessidade, o que prejudica o acompanhamento adequado (DIAS et al., 2017). Desta forma, o enfermeiro deve realizar uma investigação multidimensional durante cada encontro com a pessoa idosa, buscando esclarecer as suas dúvidas, compreender as suas dificuldades e orientar adequadamente como manter um controle efetivo dos níveis glicêmicos, o que pode favorecer uma maior assiduidade à unidade de saúde (DIAS et al., 2017; GAMA; GUIMARÃES; ROCHA, 2017).

Há uma necessidade de conscientização dos profissionais e usuários acerca do modelo de atenção à saúde, visto que as pessoas com doenças crônicas precisam de um contato regular e extenso durante o tratamento, ressaltando que a educação e o apoio à autogestão do diabetes são componentes cruciais nesse processo (TESTON et al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo demonstraram que, entre as condições de saúde, foi evidenciada uma maior frequência de idosos que não consumiam bebidas alcoólicas, que realizavam atividades de lazer, cuja percepção da saúde foi considerada como nem boa nem ruim, possuíam alguma comorbidade associada ao diabetes, prevalecendo a hipertensão arterial, faziam o uso diário de hipoglicemiante oral, possuía um tempo de diagnóstico e de tratamento de seis a 10 anos, apresentavam histórico familiar de diabetes, sendo a mãe como o familiar mais frequente, referiram presença de complicações, destacando-se a neuropatia. Todavia, destaca-se que a maioria dos participantes recebeu orientações prestadas por outros profissionais.

Estes achados são úteis, pois representam dados relevantes para reflexões acerca da pessoa idosa com diabetes mellitus, o que pode subsidiar elaboração de políticas públicas, gestão em saúde e

intervenções por parte dos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, no planejamento de estratégias que visem proporcionar melhores condições de saúde a essa população, prolongando ainda mais a longevidade com qualidade de vida. Além disso, esse estudo proporciona que o enfermeiro reflita suas condutas e posições frente ao cuidado prestado a pessoa idosa com diabetes, para assim, poder realizar uma assistência mais assertiva e eficaz.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, S. C.; FONSECA, A. P.; SILVEIRA, M. F.; CALDEIRA, A. P.; LUCINÉIA, P. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022039>.

BANDEIRA, F. **Protocolos Clínicos em Endocrinologia e Diabetes**, 2019, 3ª edição; Minha Biblioteca. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527735452/>.

BARBIANI, R.; NORA, C.R.D.; SCHAEFER, R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: 10.1590/1518-8345.0880.2721.

BERNINI, L. S.; BARRILE, S. R.; MANGILI, A. F.; ARCA, E. A.; CORRER, R.; XIMENES, M. A. et al. O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 25, n. 3, p. 533-541, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899>.

BORBA, A. C. O. T.; ARRUDA, I. K. G.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; DINIZ, A. S. Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. **Ciênc Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 125-36, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.

CAMPOS, T.S.P. et al. Factors associated with adherence to treatment of people with diabetes mellitus assisted by primary health care. *J. Health Biol Sci.* v. 4, n. 4, p. 251-6, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/viewFile/1030/349>

CARVALHO, S. L. et al. Conversations map: an educational strategy in the care of elderly people with diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 2, p. 981-986, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0064>.

COCHRAN, W. *Sampling Techniques*, 3rd Edition. Wiley Series, 1977.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução no 358/2009**. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados. Brasília: COFEN. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html.

COSTA NETO, J. D.; ARAÚJO, A. D. S.; SANTANA, T. C. F. S.; RÊGO, A. S.; FERREIRA, P. R.; BASSI, D. Adherence of diabetes mellitus patients to self-care activities. **Rev. Investig, Bioméd**, v.10, n. 2, p. 132-141, 2018. Disponível em: <http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RIB/article/view/269>.

DIAS, E. G.; NUNES, M. S. L.; BARBOSA, V. S.; JORGE, S. A.; CAMPOS, L. M. Type 2 Diabetes Patients Behavior in the Perspective of Self-Care. **J Health Sci**, v. 19, n. 2, p. 109-13, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n2p109-113>.

DUNCAN, B. B. et al. The burden of diabetes and hyperglycemia in Brazil and its states: findings from the Global Burden of Disease Study 2015. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 90-101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050008>.

FERRAZ, M.O.S.; REIS L.A.; LIMA, P.V. Condições de saúde de idosos portadores de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**. Crato Ce, v.10, n.33, p.56-71, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v10i33.599>.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. "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. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>.

FREIRE, M. T. P. ANDRADE, J. M.; VERAS, H. N. H. Avaliação Glicêmica de Pacientes Diabéticos Atendidos na Estratégia Saúde da Família na Cidade de Assaré – CE. **Rev. Mult. Psic**, v.13, n. 44, p. 221-239, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/online.v13i44.1604>.

GAMA, C. A. P.; GUIMARÃES, D. A.; ROCHA, G. N. G. Diabetes Mellitus e atenção primária: percepção dos profissionais sobre os problemas relacionados ao cuidado oferecido às pessoas com diabetes. **Pesqui Prát Psicossociais**, v. 12, n. 3, p. 1-16, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n3/13.pdf>.

IDF. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas Nineth edition**. 2019. Disponível em: https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200106_152211_IDFATLAS9e-finalweb.pdf.

MAGALHÃES, E. M. A.; CARVALHO, C. V. D.; SANTOS, J. A.; CORREIA, I. F.; REIS, J. W. S.; VALENÇA, T. D. C. et al. Aspectos socioeconômicos, de condições de saúde e hábitos de vida de pessoas idosas portadoras de diabetes mellitus. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.12, n.1, p.179-191, jan./abr. 2019. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/855>.

MELO, A.P.A. et al. Estudo de base populacional sobre excesso de peso e diabetes mellitus em idosos na região metropolitana de Goiânia, Goiás. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 10, n. 3, p.1517, 2016. Disponível em: <http://ggaging.com/details/374/pt-BR>.

NASCIMENTO, R. C. R. M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A. A.; GOMES, I. C.; SILVEIRA, M. R.; COSTA, E. A. et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 51 Supl 2:19s, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007136>.

NEGREIROS, R. V.; CAMÊLO, E. L. S.; SABINO, T. C.; SANTOS, M. A. S.; AGUIAR, D. C. Importância do programa hiperdia na adesão ao tratamento medicamentoso e dietético em uma unidade de saúde da família (usf). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. v. 14, n. 2, p. 403-411, ago./dez. 2016. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v14i2.2695>

NOWAKOWSKA, M. et al. The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus: patterns, clusters and predictions from a large English primary care cohort. **BMC Medicine**, v. 17, n. 1, p. 145, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-019-1373-y>.

OLIVEIRA NETO, M.; PEREIRA, M. S.; PINTO, M. A. H.; AGOSTINHO, L. M.; JÚNIOR, F. E. R.; HISSA, M. N. Avaliação do autocuidado para a prevenção do pé diabético e exame clínico dos pés em um centro de referências em diabetes mellitus. **J. Health Biol Sci**, v. 5, n. 3, p. 265-271, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i3.1092.p265-271.2017>.

OMS, Organização Mundial de Saúde. OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde, Brasil. **Comissão da OMS pede ação urgente contra doenças crônicas**

não transmissíveis, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5691:comissaod-a-oms-pede-a-cao-urgente-contradoencas-cronicas-nao-transmissiveis&Itemid=839

PIMENTEL, T. S.; MARQUES, D. R. S. Atuação do enfermeiro no controle da neuropatia periférica em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit Aracaju**, v. 5, n. 2, p. 213-228, Mar. 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/6626>

PINCHERA, B.; DELLOLA CONO, D.; LAWLESS, C. A. Best practices for patient self- management: implications for nurse educators, patient educators, and program developers. **J Contin Educ Nurs**, v. 49, n. 9, p. 432-440, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3928/00220124-20180813-09>.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Diabetes in the elderly: drug use and the risk of drug interaction. **Ciênc Saúde Colet**, v. 21, n. 11, p. 3447-58, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.24462015>.

SALES, D. F. O.; BARBOSA, E. O.; PEREIRA, E. L. Benefícios do lazer para idosos: um estudo qualitativo no projeto exercício físico, saúde física e mental de idosos do geneses. **RENEF**, v. 1, n. 1, p. 102, dez. 2018. Disponível em: <http://www.renef.unimontes.br/index.php/renef/article/view/227>.

SANTOS, S. D.; ROCHA, M. R.; MOURA, I. H.; PAIVA, R. G.; AMORIM, T. R. S.; ROCHA, A. E. S. H. et al. Atividades de autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Rev enferm UFPE on line**, v.13, p. e241793, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.241793>.

SENTEIO, J. S.; TESTON, E. F.; COSTA, M. A. R.; SOARES, V. S.; SPIGOLON, D. N. Prevalence of risk factors for diabetic foot development / Prevalência de fatores de risco para o desenvolvimento de pé diabético. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 4, p. 919-925, out. 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6688403>.

SILVA, T.F. A., et al. Consulta de Enfermagem à pessoa idosa com Diabetes Mellitus na Atenção Básica. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 3, p.710-716, 2014. Disponível em: 10.5935/1415-2762.20140052.

SILVA, C. S.; TOMAZ, A. F.; NASCIMENTO, W. G.; SILVA, A. P. T.; ALVES, J. P. Characterization of the Nursing Consultation in the Care of the Person With Hypertension and Diabetes. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 347-362, 2017a. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.28998/rpss.v2i1.3264>.

SILVA, E. F.; LASTE, G.; TORRES, R. L.; HIDALGO, M. P. L.; STROHER, R.; TORRES, I. L. S. Alcohol and tobacco consumption: risk factor for cardiovascular disease

on elderly population in the south of Brazil. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 5, n. 1, p. 23-33, 2017b.

TESTON, E. F.; ARRUDA, G. O.; SALES, C. A.; SERAFIM, D.; MARCON, S. S. Nursing appointment and cardiometabolic control of diabetics: a randomized clinical trial. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 492-8, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0352>.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. **World Population Prospects 2019**, Online Edition. Rev. 1. 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp2019/Download/Standard/Population/>.

VALLIANT, R.; DEVER, J. A.; KREUTER, F. *Practical Tools for Designing and Weighting Survey Samples*. 1st Edition, 2013. Statistical for Social and Behavioral Sciences. Springer.

VIBHA, S. P. et al. Community based study to assess the prevalence of diabetic foot syndrome and associated risk factors among people with diabetes mellitus. **Bmc Endocrine Disorders**, v. 18, n. 1, p. 1-9, jun. 2018. Disponível em: <https://bmcendocrdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12902-018-0270-2>.

VICENTE, M. C.; SILVA, C. R. R.; PIMENTA, C. J. L.; FRAZÃO, M. C. L. O.; COSTA, T. F.; COSTA, K. N. F. M. Resilience and self-care of elderly people with diabetes mellitus. **Rev Rene**, v. 20, n. e33947, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192033947>.

SINTOMAS DEPRESSIVOS E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO EM PESSOAS IDOSAS

CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
claudinhajeane8@hotmail.com;

CECÍLIA ALEXANDRINA DE FARIAS PONTES

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
ponts.cecilia@gmail.com;

GERLANIA RODRIGUES SALVIANO FERREIRA

Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
gerlania.rodrigues@hotmail.com;

MARIA CRISTINA LINS OLIVEIRA FRAZÃO

Mestre pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
cristinalins@hotmail.com;

RESUMO

Objetivo: correlacionar os sintomas depressivos e a capacidade de autocuidado em pessoas idosas. **Metodologia:** estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 242 pessoas idosas atendidas no serviço ambulatorial de geriatria de um hospital universitário no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando um instrumento semiestruturado, a Escala de Depressão Geriátrica e a Escala de Avaliação da Capacidade para o Autocuidado, sendo analisados mediante estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** a maioria dos idosos não apresentava sintomas depressivos (77,7%) e possuía uma boa capacidade para o autocuidado ($56,32 \pm 5,95$), sendo a maior média evidenciada pelo Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado ($23,44 \pm 2,47$). Foi observada uma correlação com significância estatística e inversamente proporcional entre as variáveis, em que o aumento dos sintomas depressivos provoca a diminuição da capacidade para o autocuidado ($r = -0,363$; $p < 0,001$). **Conclusão:** a presença de sintomas depressivos pode interferir negativamente sobre a capacidade para o autocuidado em pessoas idosas.

Palavras-chave: Depressão, Autocuidado, Idoso, Saúde do Idoso, Enfermagem Geriátrica.

INTRODUÇÃO

Ao vivenciarem o envelhecimento, os indivíduos vivenciam diversas alterações advindas do próprio processo fisiológico ou de patologias, as quais favorecem o adoecimento psíquico, tais como a perda da autonomia em decorrência do declínio cognitivo, do sistema locomotor, do equilíbrio, de acuidade visual e auditiva (LOREDO-FIGUEROA *et al.*, 2016).

O surgimento de sintomas depressivos apresenta uma alta prevalência na população idosa, sendo bastante negligenciado pelo próprio indivíduo, seus familiares e profissionais de saúde, uma vez que grande parte das queixas se assemelha às características naturais do envelhecimento (LOK; LOK; CANBAZ, 2017; MORANDO; SCHMITT; FERREIRA, 2017; SUN *et al.*, 2020; ZHAO *et al.*, 2018).

A depressão interfere negativamente sobre diversos aspectos da vida e da saúde da pessoa idosa, causando prejuízos para o enfrentamento das doenças, o aumento do risco de morbimortalidade, o comprometimento da adesão ao tratamento, a perda de motivação e concentração, o surgimento de fadiga, distúrbios do sono e dificuldade de compreensão das informações, a perda da função laboral, a redução das relações sociais e o sentimento de invalidez, repercutindo diretamente na qualidade de vida e na sua capacidade de autocuidado (ALMEIDA; BASTOS, 2017; BRETANHA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2015; MACEDO *et al.*, 2017).

O autocuidado se baseia na compreensão de que o ser humano é dotado de capacidade de reflexão sobre si e sobre o mundo e, a partir disto, é capaz de desenvolver ou fortalecer a motivação para cuidar de si mesmo (MORANDO; SCHMITT; FERREIRA, 2017). Trata-se de um processo de tomada de decisões envolvendo a escolha de comportamentos e atividades que influenciam na manutenção da estabilidade fisiológica e no manejo dos sintomas quando estes ocorrem (FERREIRA *et al.*, 2015), em busca da preservação do bem-estar. Assim, o desenvolvimento do autocuidado permite uma maior autonomia na execução das atividades diárias, tornando o idoso mais ativo e corresponsável pela sua saúde (ALMEIDA; BASTOS, 2017).

Como estratégia de atenção à saúde, o autocuidado tem o foco de manter os idosos em seu ambiente familiar e social, alcançando

o maior grau de autonomia e independência pelo maior período de tempo possível (MORANDO; SCHMITT; FERREIRA, 2017; LEBLANC; JACELON, 2018). No entanto, a presença de sentimentos depressivos pode interferir de forma negativa sobre a capacidade de autocuidado da pessoa idosa, favorecendo o isolamento social, o desânimo para a realização das atividades para o autogerenciamento da saúde e, conseqüentemente, o surgimento de prejuízos funcionais e de dependência de cuidados (BRETANHA *et al.*, 2015; LOREDO-FIGUEROA *et al.*, 2016; LOK; LOK; CANBAZ, 2017).

Desta forma, torna-se necessário promover ações que busquem identificar precocemente os sintomas depressivos, as suas conseqüências e os seus fatores relacionados durante a assistência de enfermagem à pessoa idosa, a fim de intervir com um maior grau de resolutividade, prevenir a ocorrência de incapacidades e a piora das condições clínicas preexistentes e ofertar subsídios para a melhoria da qualidade de vida. Além disso, é imprescindível desenvolver estratégias para proporcionar o aumento da capacidade de autocuidado nesses indivíduos, a fim de aprimorar as habilidades de autogestão da saúde e auxiliar no bem-estar (MACEDO *et al.*, 2017; MARIÑO, 2015; NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

Em face do exposto, esta pesquisa teve o objetivo de correlacionar os sintomas depressivos e a capacidade de autocuidado em pessoas idosas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 242 pessoas idosas atendidas no serviço ambulatorial de geriatria de um hospital universitário, localizado na cidade de João Pessoa-PB, Brasil. A amostra foi calculada considerando-se o número de pessoas idosas atendidas de outubro de 2016 a setembro de 2017, período que antecedeu a coleta de dados, compreendendo 651 atendimentos, sendo fornecidos pelo serviço de regulação da referida instituição.

O tamanho da amostra foi definido utilizando-se a fórmula de cálculo para populações finitas, sendo considerado um intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$), com prevalência

estimada de 50% ($p=0,50$) e uma margem de erro de 5% (Erro=0,05), o que resultou em 242 participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: possuir idade igual ou superior a 60 anos e ser acompanhado no ambulatório de geriatria durante o momento da coleta. Os critérios de exclusão foram: idosos que apresentaram déficit cognitivo segundo o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM é composto por questões relacionadas à orientação, à memória imediata e de evocação, ao cálculo, à linguagem, à concentração e ao domínio espacial, sendo avaliado de acordo com os seguintes escores: 13 pontos para analfabetos, 18 pontos para baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) e média escolaridade (4 a 8 anos incompletos), e 26 para os de alta escolaridade (> 8 anos) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; LOURENÇO; VERAS, 2006).

Os dados foram coletados por pesquisadores previamente treinados, em um processo que envolveu a apresentação, a explicação e a aplicação da escala entre os entrevistadores para padronizar a coleta de dados. Os sujeitos que se enquadravam nos critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, sendo a entrevista realizada antes da consulta de acompanhamento, em uma sala do ambulatório cedida pelo serviço, tendo duração máxima de 20 minutos.

Foi utilizado um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos participantes, abrangendo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, anos de estudo, situação previdenciária, renda e arranjo familiar, situação de saúde autorreferida, prática de atividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, presença de morbidades e número de medicamentos utilizados por dia.

Para a investigação dos sintomas depressivos foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), que é uma versão reduzida da escala original que possui 30 itens, elaborada a partir da seleção dos itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão. A EDG-15 foi validada para o contexto brasileiro, sendo formada por 15 itens que possuem opções de respostas dicotômicas (sim ou não). Sua pontuação varia entre 0 e 15 e contempla os seguintes pontos de corte: inferior ou igual a 5 pontos significa indivíduo sem sintomas depressivos; acima de 5 pontos, indivíduo com sintomas depressivos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999; YESAVAGE *et al.*, 1983).

A Escala de Avaliação da Capacidade para o Autocuidado (ASAS-R) foi utilizada para verificar o nível de agenciamento de autocuidado quanto à sua operacionalidade, sendo validada para o contexto brasileiro (STACCIARINI; PACE, 2014). Esse instrumento é composto por 15 itens, distribuídos em três fatores: Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado (itens – 1, 2, 3, 5, 6 e 10); Fator 2 – Desenvolvimento para a capacidade do autocuidado (itens – 7, 8, 9, 12 e 13) e Fator 3 – Falta de capacidade para o autocuidado (itens – 4, 11, 14 e 15). A graduação dos itens ocorre por escala Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), em que quatro deles (4, 11, 14 e 15) se referem a aspectos negativos e devem ter a pontuação invertida para análise dos dados. O escore total varia entre 15 e 75 pontos e quanto maior a pontuação, maior é a capacidade de autocuidado operacionalizada (SOUSA *et al.*, 2010; STACCIARINI; PACE, 2014).

Os dados coletados foram compilados e armazenados no programa Microsoft Office Excel e, posteriormente, importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0, sendo analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Considerou-se como variável dependente o autocuidado e como independente a capacidade funcional. Para a verificação da normalidade dos dados numéricos, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Por apresentarem distribuição não normal, a correlação entre as variáveis dependente e independente foi realizada por meio do Coeficiente Correlação de Spearman. O nível de significância utilizado para as análises estatísticas foi de 5% ($p \leq 0,05$).

O estudo foi desenvolvido de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética do local em que ocorreu a pesquisa, sob CAAE nº 67273417.9.0000.5183 e aprovação nº 2.050.200. Os participantes foram abordados na sala de espera do ambulatório, antes da consulta de acompanhamento, sendo esclarecidos sobre a justificativa da pesquisa, sua finalidade, riscos e benefícios, procedimentos a serem realizados, garantia de sigilo e confidencialidade das informações prestadas. Em seguida, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para aqueles que aceitaram participar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo 242 idosos, sendo observada uma maior frequência de mulheres (63,6%), com idade entre 60 e 69 anos (47,9%), casadas (55,4%), com um a quatro anos de estudo (40,9%), aposentadas (78,0%), com renda familiar entre um e três salários mínimos (49,6%), que residiam com três a quatro pessoas (40,9%), as quais avaliaram a sua saúde como nem boa nem ruim (75,3%), não praticavam atividade física (91,2%), não fumavam (95,8%), não consumiam bebidas alcoólicas (85,9%) e apresentavam hipertensão arterial (56,6%) e diabetes mellitus (45,8%) e referiram utilizar três ou mais medicamentos diariamente (58,7%). A maioria dos idosos não apresentou sintomas depressivos (77,7%), com média de 3,45 ($\pm 0,12$), conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Itens da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). João Pessoa, 2018.

Itens da EDG-15	Sintomas depressivos	
	n	%
1. (Não) está satisfeito(a) com sua vida	42	17,4
2. Interrompeu muitas de suas atividades	107	44,2
3. Acha sua vida vazia	81	33,5
4. Aborrece-se com frequência	91	37,6
5. (Não) se sente satisfeito com a vida na maior parte do tempo	54	22,3
6. Teme que algo ruim aconteça-lhe	73	30,2
7. (Não) se sente alegre a maior parte do tempo	48	19,8
8. Sente-se desamparado(a) com frequência	22	9,1
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas	94	38,8
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas	49	20,2
11. (Não) acha que é maravilhoso estar vivo(a) agora	10	4,1
12. (Não) vale a pena viver como vive agora	31	12,8
13. (Não) se sente cheio(a) de energia	71	29,3
14. (Não) acha que sua situação tem solução	17	7,0
15. Acha que tem muita gente em situação melhor	45	18,6
Score total	3,45\pm0,12	

A maioria dos idosos investigados não apresentou sintomas depressivos, sendo evidenciada a ausência de baixa autoestima, falta de energia, ansiedade, perda de ânimo e de esperança (apatia) ou

isolamento social. Ressalta-se que a prevalência da sintomatologia depressiva entre a população idosa possui uma grande variabilidade, tanto em nível mundial quanto nacional, e depende das características étnicas, sociais, culturais e do perfil de morbidade de cada região (BRETANHA *et al.*, 2015).

Estima-se que 10% a 15% dos idosos apresentem sintomas depressivos, sendo essa prevalência maior em populações que vivem em instituições de longa permanência (NÓBREGA *et al.*, 2015). Estudos em diferentes partes do Brasil revelaram baixas porcentagens, assemelhando-se ao achado aqui encontrado (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016; SILVA *et al.*, 2017). No entanto, outros resultados mostraram um aumento da prevalência desses sintomas na população idosa, variando de 32,7% a 52,6% (HAJJAR *et al.*, 2017; MATIAS *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2017). Vale salientar que esses números oscilam de acordo com os instrumentos utilizados para avaliar a presença de sintomas depressivos nessa população, os itens avaliados e seus respectivos pontos de corte, como comprovado no estudo de Matias e colaboradores (MATIAS *et al.*, 2016), que mostrou uma divergência entre os resultados obtidos com utilização da EDG-15 e do **Patient Health Questionnaire-9** (PHQ-9), sendo observada uma maior prevalência com o PHQ-9.

No âmbito internacional, foram observadas prevalências de 33% (ARGYROPOULOS *et al.*, 2016) e 30,4% (NAKAMURA *et al.*, 2017). Em estudo realizado com idosos gregos, os sintomas depressivos foram mais frequentes em mulheres, casados, com doenças crônicas, acima de 70 anos e residentes na zona urbana (ARGYROPOULOS *et al.*, 2016). No Japão, os que apresentaram sintomas depressivos foram mais propensos a alcançarem uma situação de dependência no futuro, bem como, uma maior tendência à institucionalização (NAKAMURA *et al.*, 2017), assim como em uma pesquisa longitudinal no México, que revelou uma associação entre esses sintomas e a incapacidade funcional, resultando em aumento do risco de mortalidade entre a população idosa avaliada (MUTAMBUDI *et al.*, 2016). energia, evidenciada por cansaço e fadiga, além de desinteresse por atividades, pensamentos pessimistas, alterações de sono, de apetite e de comportamento e prejuízo cognitivo (FIGUEIREDO, 2017; SUN *et al.*, 2020), influenciando de forma negativa a qualidade de vida e bem-estar do indivíduo.

Em idosos, por razões próprias do processo de envelhecimento, algumas manifestações como problemas de sono, fadiga e redução de energia, quando associados a outras condições médicas, além de perdas de cônjuge e diminuição das redes sociais, que podem resultar em isolamento social, podem ser interpretadas de forma errônea como sintomas depressivos (HAJJAR *et al.*, 2017). Entretanto, esses sintomas devem ser explorados quando persistirem por uma maior quantidade de tempo, geralmente duas a três semanas (MATIAS *et al.*, 2016). Nesse sentido, o enfermeiro que lida com pessoas idosas deve estar atento e preparado para reconhecer a presença dos sintomas depressivos, ampliando a sua avaliação para as dimensões psíquica, física e social, em todos os níveis de atenção à saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2017; VICENTE *et al.*, 2020), e desta forma, elaborar um plano de cuidados específico à situação de cada paciente.

Estudos evidenciaram que a presença de sintomas depressivos na população idosa está fortemente relacionada à tendência para o desenvolvimento de depressão leve e moderada, ou transtorno depressivo maior (HAJJAR *et al.*, 2017; NASCIMENTO *et al.*, 2017), além de doenças físicas, levando a uma maior utilização de serviços de saúde e consumo elevado de medicamentos (HAJJAR *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2020). Contudo, a depressão em idosos ainda é estigmatizada e subdiagnosticada (ALCANTARA *et al.*, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2017; ZHAO *et al.*, 2018).

Vale salientar que, os sintomas depressivos estão relacionados, em alguns casos, à comorbidades, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus e cardiopatias (NASCIMENTO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2017) e a algum grau de dependência para atividades diárias, problemas evidenciados pela população idosa frequentadora de serviços ambulatoriais (FONTES *et al.*, 2015; LOK; LOK; CANBAZ, 2017), tais como a do presente estudo, o que poderia explicar a presença desses sintomas em pequena parte da amostra.

Nesse contexto, uma alternativa associada à preservação da funcionalidade e à menor carga de sintomatologia depressiva em pessoas idosas, constituindo assim, um grande fator de proteção, é a resiliência psicológica. As estratégias de resiliência ou enfrentamento de dificuldades têm sido relacionadas à maior capacidade de manter-se ativo, evitando o as atitudes e comportamentos resilientes, e quando estes

não se fizerem presentes, orientando a busca por resiliência através da adoção de estratégias de enfrentamento eficazes.

A Tabela 2 apresenta a avaliação da capacidade para o autocuidado, sendo observada uma média total de 56,32 ($\pm 5,95$), em que o Fator 1 exibiu o maior valor (23,44 \pm 2,47).

Tabela 2 - Capacidade para o autocuidado em pessoas idosas. João Pessoa, 2018.

Variáveis	Média (Desvio- Padrão)	Mediana	Variância
Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado	23,44 (2,47)	24,00	13 - 29
Fator 2 – Desenvolvimento para a capacidade de autocuidado	19,06 (2,59)	19,00	11 - 25
Fator 3 – Falta de capacidade para o autocuidado	13,82 (2,64)	14,00	8 - 20
ASAS-R total	56,32 (5,95)	56,00	34 - 70

Mediante avaliação com a escala ASAS-R, evidenciou-se neste estudo que a amostra de idosos possui uma boa capacidade para o autocuidado, corroborando com outros resultados (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016; STACCIARINI; PACE, 2014). Em pesquisa abrangendo a zona urbana de 7 municípios brasileiros, avaliou-se a percepção do autocuidado em idosos, sendo que mais da metade dos investigados afirmou ser “boa” ou “muito boa” (DIAS *et al.*, 2015).

O autocuidado implica a prática e a manutenção de atividades realizadas ao longo do tempo por uma pessoa, com o objetivo de preservar a sua saúde e o seu bem-estar. Desta forma, entende-se que seja o conjunto de ações que o indivíduo efetua sobre si mesmo, de modo livre e autônomo, para obter uma melhor qualidade de vida (BORBA *et al.*, 2019; LEBLANC; JACELON, 2018; MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017).

Para se alcançar uma boa saúde, é imprescindível que o indivíduo, antes de tudo, reflita sobre o seu estilo de vida, fortalecendo ou modificando hábitos relacionados à alimentação, atividade física, lazer, além de outras mudanças necessárias à promoção do bem-estar e prevenção do surgimento ou complicações de doenças. O autocuidado é, portanto, uma forma

No que se refere à pessoa idosa, a manutenção da independência e da autonomia são aspectos fundamentais para a realização do autocuidado e conseqüente melhoria da condição de saúde. Como

resultado dessa sequência de eventos, tem-se um impacto positivo no sistema de saúde, visto que há prevenção de doenças nesta população, resultando na redução de custos (HIRAGA *et al.*, 2018; MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017).

Nesse sentido, a promoção da saúde com enfoque no autocuidado torna-se uma ferramenta essencial para o desenvolvimento de competências e empoderamento dos sujeitos, para que os mesmos venham a cuidar de si, sendo corresponsáveis pela sua saúde. Vivencia-se assim, um envelhecimento ativo, no qual os idosos passam a ser vistos para além de aspectos meramente orgânicos e são considerados como agentes responsáveis pelas contribuições e benefícios para o desenvolvimento social (LEBLANC; JACELON, 2018; MARIÑO, 2015).

A ênfase prioritária das intervenções de enfermagem deve ser a educação em saúde, informando e orientando a população sobre os benefícios da adoção de um estilo de vida saudável, com vistas à prevenção de agravos secundários a patologias crônicas ou outros associados ao processo fisiológico do envelhecimento (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

A correlação entre as escalas apresentou significância estatística ($p \leq 0,05$) e inversamente proporcional, sendo observado que o aumento dos sintomas depressivos provoca a diminuição da capacidade para o autocuidado ($r = -0,363$; $p < 0,001$), conforme exposto na Tabela 3.

Tabela 3 - Correlação entre a capacidade para o autocuidado e os sintomas depressivos em pessoas idosas. João Pessoa, 2018.

Capacidade para o autocuidado	Sintomas depressivos	
	r	p-valor*
Fator 1 – Ter capacidade para o autocuidado	-0,309	< 0,001
Fator 2 – Desenvolvimento para a capacidade de autocuidado	-0,189	< 0,001
Fator 3 – Falta de capacidade para o autocuidado	0,301	< 0,001
ASAS-R total	-0,363	< 0,001

*Teste de Spearman

Quando correlacionados a capacidade para o autocuidado diminui, há o aumento dos sintomas depressivos. Este resultado corrobora com os achados da pesquisa realizada por Bettoni, Ottaviani e Orlandi (2017), que mostrou uma correlação negativa e de moderada

magnitude entre a capacidade de autocuidado, também avaliada através da ASAS-R, e os sintomas depressivos e ansiosos, em pacientes que se submetem a hemodiálise.

Esta correlação entre autocuidado e sintomas depressivos pode ser explicada ao considerar que um déficit no autocuidado pode estar relacionado com a perda de autonomia e independência, provenientes do processo de envelhecimento ou de patologias crônicas, por exemplo, ocasionando assim, o surgimento de sintomas depressivos.

As incapacidades para atividades básicas de vida diária são intimamente relacionadas ao autocuidado e investigam a presença de autonomia para alimentar -se, banhar- se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre as necessidades fisiológicas (HIRAGA *et al.*, 2018). O desenvolvimento de alguma limitação para realização de atividades diárias, tais como as de autocuidado, pode gerar o surgimento de sentimentos negativos, como tristeza, desamparo, inutilidade, isolamento social, entre outros, desencadeando a ocorrência de episódios depressivos, sendo esta relação evidenciada em estudo (BRETANHA *et al.*, 2015; HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016).

O aumento da sintomatologia depressiva, por sua vez, pode desencadear mecanismos de enfrentamento ineficazes ou prejudiciais, os quais interferem negativamente sobre a adesão às ações de promoção e reabilitação da saúde e prevenção de agravos e doenças (FERREIRA *et al.*, 2015; SANTANA *et al.*, 2018).

Diante disso, a realização de atividades de autocuidado pode ser considerada como uma importante ferramenta para a diminuição dos sintomas depressivos, atuando como um fator protetor contra o declínio cognitivo e funcional, além de promover uma maior responsabilização do paciente acerca da gestão do seu cuidado (DIAS *et al.*, 2015). Somado a isto, torna-se essencial que haja uma avaliação do estado emocional do idoso, visto que, possibilita uma melhor compreensão sobre a visão desse indivíduo a respeito das mudanças decorrentes do envelhecimento e da forma como ele reage à doença e ao seu tratamento (HIRAGA *et al.*, 2018).

Os dois grandes pilares do autocuidado são a motivação e a informação. Ambos geralmente são fornecidos por profissionais de saúde, pois estes têm o dever de orientar, cooperar e assistir as pessoas

durante o desenvolvimento do seu autocuidado. No entanto, esse escola, associações de bairro, grupos virtuais, entre outros (MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017; VICENTE *et al.*, 2020).

Para que haja um autocuidado seguro e eficaz, torna-se essencial o desenvolvimento de competências no indivíduo. O grau de competência cognitiva pode ser mediado pelo comportamento, e assim sendo, o modo mais adequado para o alcance de bons resultados em saúde seria através de ações que influenciem esses comportamentos, como por exemplo, os programas de intervenção, que têm o objetivo de mobilizar os indivíduos para promover uma mudança de comportamento, mediante apoio fornecido por profissionais de saúde por meio de metodologias precisas e técnicas planejadas, buscando assim uma melhoria da saúde, bem-estar e qualidade de vida (MORANDO; SCHIMITT; FERREIRA, 2017; SANTANA *et al.*, 2018).

De forma geral, a modalidade de apoio-educação proposta por Dorothea Orem é a mais utilizada em programas de intervenção, sendo comumente realizada por enfermeiros. Esta modalidade é indicada quando o indivíduo é capaz de executar ou pode aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico. Assim, o profissional de enfermagem inicialmente analisa a capacidade para autocuidado dos indivíduos e, posteriormente, emprega ações de orientação e ensino do autocuidado, com vistas a fortalecê-lo.⁸ O modo apoio-educação foi realizado no estudo de Nicolato, Couto e Castro (2016), que concluiu que do grupo de idosos atendidos em um ambulatório de gerontologia, 77,5% são independentes para cuidar de si e desta forma, o foco das intervenções seria o fortalecimento desse autocuidado.

Nessa perspectiva, cabe ao enfermeiro realizar atividades de educação em saúde na atenção ambulatorial, seja em grupo ou individualmente. Os grupos terapêuticos adotam como prioridade a informação em saúde, e caracterizam-se pela homogeneidade em relação às enfermidades, respeito à diversidade cultural, ênfase na integralidade do atendimento, ampliação do vínculo usuário-profissional, desenvolvimento de autonomia e promoção do autocuidado (ALVES *et al.*, 2016).

Na abordagem individual, o momento da consulta de enfermagem é ideal para orientar, ampliar e apoiar a capacidade do idoso à participação no autocuidado, com vistas a reduzir os impactos negativos

das alterações do organismo no envelhecimento, bem como das consequências das enfermidades crônicas, minimizando o sofrimento do paciente e a sobrecarga do familiar no processo de cuidado (NICOLATO; COUTO; CASTRO, 2016).

Em suma, o enfermeiro apresenta um papel fundamental para a promoção do autocuidado na pessoa idosa, desenvolvendo estratégias que permitam uma maior adesão às recomendações prestadas por profissionais de saúde e a modificação de hábitos de vida, o que pode favorecer uma melhor percepção acerca do seu estado de saúde, minimizando assim, a possibilidade de surgimento dos sintomas depressivos (FERREIRA *et al.*, 2015).

As limitações do presente estudo estão relacionadas ao uso do método transversal, o qual não permite a identificação das relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a maioria dos idosos não apresentou sintomas depressivos dos idosos avaliados e possui uma boa capacidade para o autocuidado, exibindo maior autonomia e independência no controle de suas atividades diárias. Foi observada correlação significativa e negativa entre as variáveis, indicando que à medida que aumentam os sintomas depressivos, ocorre a diminuição proporcional da capacidade para o autocuidado nesses idosos.

Diante disso, torna-se necessário que os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, realizem a avaliação multidimensional da pessoa idosa durante todas as consultas, investigando a presença de sintomas depressivos e a capacidade para o autocuidado nesses indivíduos, o que poderia favorecer a implementação de ações e estratégias mais eficazes e direcionadas para as condições de vida e de saúde de cada idoso.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C. B. *et al.* Knowledge related to drug therapy among people with mental disorders. **Rev Enferm UFSM**, v. 10, n. e24, p. 1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769238607>

ALMEIDA, L.; BASTOS, P. R. H. O. Autocuidado do Idoso: revisão sistemática da literatura. **Rev Espacios**, v. 38, n. 8, 2017. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p03.pdf>

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 57, n. 2B, p. 421-426, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>

ALVES, M. S. *et al.* Grupo terapêutico com idosos sobre o autocuidado nas doenças crônicas. **J Health Sci**, v. 18, n. 1, p. 48-51, 2016. doi: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2016v18n1p52-55>

ARGYROPOULOS, K. *et al.* Depressive symptoms in older people in Greece and Cyprus. **Eur Psychiatry**, v. 33, n. S1, p. S468-468, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1704>

BETTONI, L. C.; OTTAVIANI, A. C.; ORLANDI, F. S. Relationship between self-care and depression and anxiety symptoms in individuals undergoing hemodialysis. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 181-186, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200006>

BORBA, A. K. O. T. *et al.* Knowledge and attitude about diabetes self-care of folder adults in primary health care. **Cienc Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 125-136, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>

BRETANHA, A. F. *et al.* Depressive symptoms in elderly living in areas covered by Primary Health Care Units in urban area of Bagé, RS. **Rev Bras Epidemiol**, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>

DIAS, E. G. *et al.* Advanced activities of daily living and incidence of cognitive decline in the elderly: the SABE Study. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1-13, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>

FERREIRA, V. M. P. *et al.* Self-care, sense of coherence and depression in patients hospitalized for decompensated heart failure. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 3, p. 387-393, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300005>

FIGUEIREDO, M. L. F. Depressive symptoms in elderly women: knowing them to care for. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 147, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000200001>

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. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

FONTES, A. P. *et al.* Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 18, n. 1, p. 7-17, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13201>

HAJJAR, R. *et al.* Depressive symptoms and associated factors in elderly people in the Primary Health Care. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, p. 727-733, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600004>

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3575-3584, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>

HIRAGA, T. M. *et al.* Prevalence of negative perception on self-care among brazilian older adults living in the community and associated factors. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 12, n. 1, p. 24-30, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800011>

LEBLANC, R. G.; JACELON, C. S. Self-care among older people living with chronic conditions. **Int J Older people Nurs**, v. 13, n. 3, p. e12191, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/opn.12191>

LOK, N.; LOK, S.; CANBAZ, M. The effect of physical activity on depressive symptoms and quality of life among elderly nursing home residents: Randomized controlled trial. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 70, p. 92-98, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.01.008>

LOREDO-FIGUEROA, M. T. *et al.* Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. **Enferm Universitaria**, v. 13, n. 3, p. 159-165, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>

MACEDO, M. A. S. S. *et al.* Sintomatologia depressiva em idosos ativos e não ativos. **Rev Enferm UFPI**, v. 6, n. 4, p. 33-39, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/2238-7234.6433-39>

MARIÑO, R. J. Cultural aspects of ageing and health promotion. **Aust Dent J**, v. 60, n. suppl 1, p. 131-143, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/adj.12292>

MATIAS, A. G. C. *et al.* Indicators of depression in elderly and different screening methods. **Einstein**, v. 14, n. 1, p. 6-11, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082016A03447>

MORANDO, E. M. G.; SCHMITT, J. C.; FERREIRA, M. E. C. Envelhecimento, autocuidado e memória: intervenção como estratégia de prevenção. **Rev Kairós Gerontol**, v. 20, n. 2, p. 353-374, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p353-374>

MUTAMBUDZI, M. *et al.* Effects of functional disability and depressive symptoms on mortality in older mexican-american adults with diabetes mellitus. **J Am Geriatr Soc**, v. 64, n. 11, p. e154-e159, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.14432>

NAKAMURA, T. *et al.* Relationship between depressive symptoms and activity of daily living dependence in older japanese: The Kurabuchi Study. **J Am Geriatr Soc**, v. 65, n. 12, p. 2639-2645, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.15107>

NASCIMENTO, I. M. T. *et al.* Association between sociodemographic characteristics and depressive symptoms in hospitalized elderly. **Rev Rene**, v. 18, n. 6, p. 749-755, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600007>

NICOLATO, F. V.; COUTO, A. M.; CASTRO, E. A. B. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. **Enferm Cent O Min**, v. 6, n. 2, p. 2199-2211, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.1016>

NÓBREGA, I. R. A. P. *et al.* Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>

SANTANA, R. F. *et al.* Oficinas de estimulação cognitiva para idosos com queixa subjetiva de memória e humor. **Rev Enferm UFSM**, v. 8, n. 4, p. 716-730, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769231200>

SILVA, A. R. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J Bras Psi-quiater**, v. 66, n. 1, p. 45-51, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000149>

SANTOS, R. C. *et al.* Factors associated with depressive symptoms and cognition in elderly victims of violence. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. suppl 3, p. e20190383, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0383>

SOUSA, V. D. *et al.* Reliability, validity and factor structure of the Appraisal of Self Care Agency Scale- Revised (ASAS-R). **J Eval Clin Pract**, v. 16, n. 6, p. 1031-1040, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01242.x>

STACCIARINI, T. S. G.; PACE, A. E. Translation, adaptation and validation of a self-care scale for type 2 diabetes patients using insulin. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, p. 221-229, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400038>

SUN, X. *et al.* Depressive costs: medical expenditures on depression and depressive symptoms among rural elderly in China. **Public Health**, v. 181, p. 41-150, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.12.011>

VICENTE, M. C. *et al.* Functional capacity and self-care in older adults with diabetes mellitus. **Aquichan**, v. 20, n. 3, p. e2032, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.2>

YESAVAGE, J. A. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v. 17, p. 37-49, 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

ZHAO, X. *et al.* Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. **Psychiatry Res**, v. 268, p. 143-151, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.011>

ASPECTO TEÓRICO- METODOLÓGICO DAS NOVAS FORMAS DE MOVIMENTOS SOCIAIS DO IDOSO E AS POLITICAS SOCIAIS

LILIÁDIA DA SILVA OLIVEIRA BARRETO

Doutora em Saúde Coletiva especializada em Ensino na Saúde. Vice-coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas do Envelhecimento Humano e membro do grupo de pesquisa da Saúde Global. Professora do Departamento de Serviço Social e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso. Membro Docente do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe – UFS, liliadia.barreto@gmail.com

NOÊMIA LIMA SILVA

Doutora em Educação, Mestre em Serviço Social. Professora de Graduação e Pós Graduação do curso de Serviço Social/UFS; Orientadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Sergipe. Membro do Laboratório de Tecnologia da Informação Digital da UFBA. Especialista em: Gerontologia, Arteterapia e Psicodrama. Coordenadora do Núcleo de Pesquisas e Ações da Terceira Idade (NUPATI/UFS), Líder do Grupo de Pesquisa do Envelhecimento Humano, Membro do grupo de Pesquisa GEPSSO, noemialimasilva@gmail.com

THAYANE FRANÇA LISBOA

Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe – UFS. Estagiária bolsista do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade – NUPATI/US, thayanne_lua@hotmail.com

RESUMO

Ensaio Teórico baseado em discussões bibliográficas e documentais que fundamentaram a análise sobre as novas formas de organização dos movimentos sociais do idoso. A compreensão sobre envelhecimento humano e velhice foi determinante para a discussão e análise que teve como objetivo trazer à evidência os movimentos sociais organizados pela e para a pessoa idosa, em finais do século XX e início do século XXI, como também discutir novos comportamentos sociais organizados para o retorno à normalidade da vida em comum após pandemia COVID-19. Trata-se de uma revisão bibliográfica sistemática integrativa e reflexiva que discute envelhecimento humano e as condições da velhice para a organização dos movimentos sociais em suas novas formas de manifestações e conscientização. Conclui-se que os movimentos sociais surgem da própria dinâmica do envelhecimento das pessoas no cotidiano da vida e do trabalho, e da tomada de consciência de seu protagonismo em sociedade. Longe de ser o processo de envelhecimento um movimento natural conquistado, ainda exige das pessoas e da sociedade civil organizada um repensar do movimento da própria vida e da condição de ser velho como direito fundamental e como política social de amplo acesso à cidadania.

Palavras-chave: Direitos Sociais, Envelhecimento Humano, Movimentos Sociais, Velhice, Política Social.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano e a velhice são conceitos fundamentais para a análise que baseia o ensaio teórico sobre as novas formas de organização dos movimentos sociais e a relação com as políticas sociais, vinculados à pessoa idosa. Parte-se da compreensão de que o envelhecimento humano é um processo natural da vida e a velhice uma das fases da vida, pelas quais as reivindicações para a sobrevivência no mundo são manifestas em suas necessidades específicas.

Estudos vinculados ao envelhecimento humano e a velhice tem sido alvo das maiores preocupações acadêmicas científicas de estudiosos nos últimos anos, promovendo a elaboração de teorias destinadas a explicar este processo, tais como: Teoria Genética, Teoria Imunológica, Teoria do Acúmulo de Danos, Teoria das Mutações, Teoria do Uso e Desgaste e a Teoria dos Radicais Livres. Contudo, ainda não se tem conclusões, definitivas acerca da origem e desenvolvimento do envelhecimento, requerem maiores investigações, uma vez que esse fenômeno pode não ter uma causa fundamental apenas.

Aspectos do envelhecimento humano e da velhice foram considerados fenômenos sociais de grandes impactos para a vida humana em todos os países. Efetivamente, a partir do final do século XX e início do século XXI, influenciaram para uma nova percepção sobre as condições de vida e do trabalho das pessoas.

Transformações tecnológicas de alto impactos levaram a sociedade mundial a novos comportamentos com mudanças de paradigmas familiares, produtivos e socioambientais, a exemplo da inserção das mulheres no mercado de trabalho, diminuição da maternidade e número de filhos, extensão do número de anos das pessoas com menor índice de mortalidade vinculado à progressão tecnológica das vacinas, medicamentos, alimentação saudável. Impactos desta natureza surgiram como respostas às necessidades do mundo contemporâneo e para a melhoria da qualidade de vida de populações inteiras em diferentes países, garantindo as condições para o envelhecimento humano e a velhice com maior progressividade.

Mudanças do mundo contemporâneo exigiram das pessoas novos comportamentos sócio produtivos de caráter multidimensional,

determinantes para novas construções materiais e de sobrevivência, com as quais foram fortalecidos os movimentos sociais já existentes e organizados outros.

A velhice caracterizada como uma das etapas sequenciais da vida, apresenta-se como um processo lento, progressivo e inevitável, identificado por diversas modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas (CUNHA e JECKEL-NETO, 2002), que contribuem para o aumento da vulnerabilidade e incidência dos processos patológicos no organismo.

Longe de ser o ideal de envelhecimento humano desejado, a realidade tem mostrado que a velhice é um fenômeno real, desenhado pela baixa autoestima das pessoas envelhecidas, limitações socioambientais, psicológicas e físicas descritas pela discriminação, rejeição, descaso e abandono entre os aspectos de maior evidência, com os quais há uma necessidade de tomada da consciência de que todos estamos envelhecendo e, chegaremos à velhice de forma acelerada nos próximos anos.

O processo acelerado de envelhecimento humano no Brasil é uma constatação estatística apresentado em números progressivos por órgãos de controle como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) desde o final do século XX demonstrando que pessoas idosas com idade acima de 60 anos passaram de 03 milhões em 1960 para 07 milhões em 1975, 14 milhões em 2002 e mais de 20 milhões em 2010. Estes números revelaram o progressivo aumento da população idosa de 600% em cinquenta anos. Estima-se para 2025, um número de aproximadamente, 32 milhões (IBGE, 2018), e o desafio maior no século XXI será cuidar dessa população crescente, a maioria com níveis socioeconômico e educacionais baixos e elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

A justificativa para a escolha do tema está vinculada aos movimentos sociais e as novas formas de organização destes, como expressões que se manifestam num comportamento natural da vida em sociedade e se tornam fenômenos, expressos no mundo inteiro em suas particularidades e necessidades por surgirem das novas construções da convivência em família, no trabalho e em outros espaços organizados nos quais a velhice se faz presente como uma condição do direito à vida.

O ensaio está fundamentado em estudos da gerontologia, que discute os movimentos sociais sob novas formas de expressão, especialmente decorrentes da pandemia COVID-19. Esta análise tem a intenção de dar um ressignificado ao que foi recomendado como medidas de proteção sanitária de isolamento social e distanciamento das pessoas, de forma a inibir as aglomerações, e aproximação dos vínculos sociais de convivência, evitando a consequente contaminação.

O objetivo do trabalho foi refletir sobre as novas formas de movimentos sociais que se fizeram como alternativas, para o enfrentamento da pandemia COVID-19, expressos na convivência das pessoas em forma de cumprimento das medidas sanitárias recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020).

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)¹, em conformidade com a Lei nº 8080 de 1990 - Lei Orgânica da Saúde (LOS), que assegura a saúde como uma política de direito e de cidadania, na qual envolve uma rede de cuidados, a participação e o controle social da comunidade, em suas diferentes formas de expressão.

Medidas de Saúde recomendadas para o enfrentamento da pandemia COVID-19 (OMS, 2020) com restrições sanitárias de isolamento e distanciamento social foram trabalhadas com ações em movimento, voltadas para o envelhecimento humano e a velhice. Os movimentos sociais foram tratados na perspectiva da atenção do cuidado com a vida e o trabalho das pessoas em suas necessidades de convivência e reivindicações.

A política social serviu como eixo transversal da análise abordada como modalidade de intervenção do Estado no âmbito do atendimento das necessidades sociais básicas dos cidadãos, respondendo a interesses diversos. Contudo, as expressões desta modalidade de intervenção consideraram as relações de conflitos e contradições que resultaram dos enfrentamentos e embates que elevaram a luta entre classes e desenharam as desigualdades sociais mais vivas no cotidiano das relações sociais presentes.

1 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.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um Ensaio Teórico que cobriu as grandes transformações ocorridas no mundo contemporâneo no que se refere aos movimentos sociais da pessoa idosa, discutidas as novas formas de manifestações expressas em movimentos sócio-políticos, culminando com a análise destes movimentos dados com a pandemia do COVID-19, que envolveu o repensar dos comportamentos e das manifestações de participação da pessoa idosa, para garantia da vida como um direito fundamental.

O ensaio partiu de estudos bibliográficos que analisaram os conceitos sobre o envelhecimento humano e a velhice enfocando as formas e nuances dos movimentos sociais no percurso histórico, a partir do final do século XX aos dias atuais.

A década de 1990 foi considerada como principal cenário de eclosão das várias expressões da questão social vinculada ao envelhecimento humano com o aparecimento de manifestações populares de vários seguimentos da sociedade civil organizada. A pandemia COVID 19 eclodiu para os dias atuais pela percepção das necessidades decorrentes da aplicação das medidas sanitárias recomendadas por órgãos representativos da saúde pública para criar e reinventar formas alternativas de mobilizações da sociedade.

O ensaio se constitui num estudo que, metodologicamente fez uso de consultas realizadas no Portal da Biblioteca Virtual da Saúde - BVS², nas Bases de Dados da Organização Mundial da Saúde – WHOLIS³, da Organização Pan Americana da Saúde – PAHO⁴ e do Ministério da Saúde - MS⁵ e em periódicos da CAPES⁶.

O material foi levantado do acervo documental 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

2 Disponível em <http://brasil.bvs.br>

3 Disponível em www.who.int

4 Disponível em www.paho.org

5 Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/>

6 Disponível em www-periodicos-capes-gov-br.

Institucional para Trocas de Informações - IRIS⁷ e da OMS/Opas no Brasil⁸.

A revisão bibliográfica envolveu a narrativa da literatura publicada online sobre a pandemia da COVID -19 em 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 OMS⁹, da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ¹⁰ e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO¹¹ com documentos pesquisados de acesso público. Decorrência dos Movimentos Sociais da pessoa idosa estão evidenciados no cenário brasileiro apresentados, tomando por base, a análise dos resultados alcançados nas pesquisas bibliográfica e documental.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se aqui a análise do discurso sobre os movimentos sociais que expressaram o cotidiano da vida humana em seus aspectos de envelhecimento e velhice situado dentro dos movimentos sociais reivindicatórios.

3.1 Breve Transição Histórica: Os Novos Movimentos Sociais

A linha do tempo ilustra que os movimentos sociais se apresentam como movimentos sociais revolucionários, reivindicatórios, reformistas e novos movimentos com importância na análise de suas demandas e reivindicações. Estudos de Gohn (1997) revelaram que os movimentos sociais expressam sempre uma ação coletiva decorrente de lutas sociopolítica, econômica e ou cultural. Estas ações sociais viabilizam formas distintas das populações se organizarem e manifestarem suas

7 Disponível em <https://iris.paho.org>

8 Disponível em <https://www.paho.org/bra>

9 Disponível em <https://news.un.org/pt/tags/organizacao-mundial-da-saude>

10 Disponível em <https://campusvirtual.fiocruz.br/gestordecursos/hotsite/covid19>

11 Disponível em www.abrasco.org.br

demandas, a priori, tornando estes movimentos em ações práticas dos homens na história.

Os movimentos sociais são compreendidos como fenômenos decorrentes da vida em sociedade se caracterizando pela dinâmica de sua natureza reivindicatória e fotográfica de um determinado contexto. São expressões da vida comum dos indivíduos e/ou organizados por grupos nos quais a velhice está presente em suas representações e andam paralelo na relação com as questões do envelhecimento humano. Apesar de inevitável da condição humana e de seu destino biológico, os movimentos sociais expressam também parte de processos culturais e históricos que se dão a partir da interdependência de diversos fatores (MACHADO, 2007).

Movimentos sociais na velhice ainda é visto na literatura com a percepção de inexistência de unanimidade em relação à própria definição do fenômeno, tem em sua abrangência uma condição cronológica e biologicamente definida. Com base em autores que discutem o tema, tais como Simone de Beauvoir, David Le Breton, Ecléa Bosi são apresentados aspectos significativos de estudos demográficos, para compreender a multiplicidade de aspectos envolvidos nesse processo e as representações sociais sobre a figura do velho, em cada sociedade, em cada época.

O envelhecimento humano se mostra como um movimento de concepções diferentes, compreendido como um fenômeno que, apesar de inevitável da condição humana e de seu destino biológico, é também parte de processos culturais e históricas que se dão a partir da interdependência de diversos fatores, em cada época, em cada cultura, constroem concepções diferentes a respeito do que é entendido como envelhecimento.

Os movimentos sociais vinculados ao envelhecimento humano se expressam nas comunidades tradicionais dadas aos indivíduos determinados papéis sociais de prestígio e reconhecimento. Para Beauvoir (1990), com a modernidade e a industrialização no ocidente, esse lugar de prestígio passou a representar uma condição indesejável daquele corpo que veio a existir sob a forma de máquina, no modo de produção capitalista; que em determinado momento esgota-se, tornando-se improdutivo e não mais interessa ao sistema. O papel social da velhice

é definido a partir das relações de trabalho com esse corpo representado para essas relações.

O processo de envelhecimento da população brasileira possui características específicas que, de certa forma, acentuam a condição estigmatizada e excludente em que essas pessoas vivem, por se tratar de uma estrutura social marcada, historicamente, por desigualdades sociais extremas, onde a produção da riqueza está diretamente associada à exploração da classe trabalhadora.

Com a pandemia da COVID-19, a exemplo de outros momentos críticos da sociedade, essas instâncias reivindicatórias sofreram modificações, principalmente, nas formas de comunicação, tendo que se reinventar a partir das grandes dificuldades para se manterem ativos, cumprindo os seus propósitos, como representação de um segmento. Aponta-se algumas características dos movimentos sociais do século XXI, a saber:

- Abordam temas restritos e pertinentes aos problemas sociais locais como é o caso das lutas pelas igualdades de gênero e raça, como também o caso das lutas dos direitos dos idosos, das pessoas deficientes e outros;
- Usam a internet para propagar ideologias sociais e convocar os seus membros de militância;
- Possuem espaço nas casas legislativas (Câmaras de vereadores, Assembleias Estaduais e Congresso Nacional), para debaterem assuntos sociais relevantes e outras.

Movimentos sociais de comunicação remota foram observados durante a pandemia COVID-19 como um fenômeno de grandes impactos na mudança de comportamento das pessoas idosas e na aproximação com as fontes eletrônicas de comunicação e organização social. Percebeu-se que, apesar da experiência humana da pandemia implicar ganhos e perdas, as novas formas de movimentação e organização da pessoa idosa permitiu rompimento de paradigmas e enfrentamento ao problema com formas alternativas e adaptadas consideradas avanços de significado para o processo de envelhecimento, ao expressar a condição natural que a vida colocou as pessoas, estimulou novas construções para o envelhecimento humano e para a velhice.

3.2 Movimentos Sociais do Envelhecimento Humano e da Velhice

Movimentos Sociais vinculados à pessoa idosa são considerados manifestação reivindicadora nova, visto que surge com maior ênfase no período de pós-Constituição Federal Brasileira de 1988, especialmente nas décadas de 1990 e 2000, quando as regulamentações das políticas sociais conquistadas passaram a ser regulamentadas em suas formas de aplicação e direitos constitucionais.

A regulamentação do direito às políticas sociais de acesso permitiu vincular a pessoa idosa à condição de cidadania como um movimento do **dever ser** do Estado democrático, de representação das condições de igualdade perante a sociedade.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 elevou pessoas ao direito de serem cidadãos, trouxe benefícios voluntários ao patamar de políticas sociais de acesso com responsabilidade pactuada de direitos e deveres entre o estado, os indivíduos, as famílias e a sociedade. Entretanto, isso não foi o suficiente para garantir a efetividade os direitos sociais aos idosos e não desmistificou o estigma negativo acerca do envelhecimento.

O Estado Democrático de Direito abriu as portas para uma condição mais elevada de se compreender as políticas sociais e permitiu no âmbito das reivindicações, a ampliação destes espaços observados os movimentos sociais vinculados a organizações de fóruns, conselhos e diferentes manifestações de categorias profissionais e da sociedade civil organizada vinculadas à grupos vulneráveis e/ou discriminados entre os quais estiveram presentes os aposentados, pensionistas, desempregados, idosos institucionalizados e dependentes como parte representativa de todo processo de envelhecimento e velhice das pessoas.

Espaços reivindicatórios representados pelos movimentos sociais foram considerados pela literatura como movimentos de grupos organizados e representados nas lutas de classe, em conflito com o Estado para enfrentamento do direito ao direito. Estes movimentos representaram as reivindicações por melhoria da qualidade de vida, atendimento às necessidades de saúde, moradia, educação e outros. Destacaram-se reivindicações por novas regulamentações

legais, exigências na alteração de leis já existentes e aplicação destas com maior rigor e clareza, especialmente entre as políticas sociais que asseguraram o tripé da proteção constitucional do direito social: saúde, assistência e previdência.

A questão social de acesso aos bens e serviços na qual a igualdade e a equidade do direito era a condição prioritária promoveu a proliferação de grandes espaços reivindicatórios que buscaram, para além do direito às políticas sociais, a dignidade humana ligadas à discriminação de gênero, raça, vulnerabilidades e condições sociais e econômicas fragilizadas pelas desigualdades dos direitos e o cumprimento dos deveres democráticos entre outros, especialmente, nas décadas de 1990 e 2000.

Nessa perspectiva, os primeiros anos do século XXI representaram a continuidade destes movimentos, desta feita num ciclo de incertezas com movimentos sazonais de avanços e retrocessos vinculados aos grandes acontecimentos de impactos.

Estes acontecimentos foram representados por movimentos sociais mais abrangentes nos quais se passou a reivindicar a dignidade humana em seu direito de inclusão social. O direito à cidadania em suas representações de vulnerabilidade, partidarismos, militâncias, simpatias e adaptações passaram a ser representadas em movimentos cíclicos abrangentes, de maior acesso proporcionados pelas mídias organizadas em redes sociais remotas de maior alcance e menor tempo numa dinâmica em movimentos presenciais e/ou eletrônicos fortes e representativos das maiores reivindicações de espaços e condições de legitimidade.

Os ciclos em movimentos reivindicatórios e revolucionários desenharam os novos movimentos sociais organizados para o século XXI e demonstraram sua força e as fragilidades destacadas suas linhas em espaços de lutas e condições de organização.

Em 2019, o mundo observou pelo cenário da pandemia COVID-19 reivindicações que passaram a ser mais urgentes para os movimentos sociais. Entre estas urgências se observou a luta pela sobrevivência humana que não distinguia pessoas de outras pessoas, mas se reconhecia os riscos quanto às suas vulnerabilidades. Destacou-se as vulnerabilidades dos riscos de contaminação e morte com fragilidade quanto às necessidades sanitárias de grupos de maiores riscos,

entre os quais as pessoas idosas acima de 60 anos foram evidenciadas como categorias de risco para a contaminação e suscetíveis das maiores discriminações.

Pessoas idosas foram vitimadas para o maior rigor no cumprimento das medidas sanitárias recomendadas pela OMS (2020) por serem aquelas com maior comprometimento de suas condições de saúde vinculadas aos riscos de suas principais comorbidades e envelhecimento. A população idosa teve que enfrentar um movimento punitivo de sua condição vulnerável aos riscos da contaminação COVID-19 e da discriminação de sua idade, colocados por muitos como incapacitantes.

A aplicação das medidas de saúde como segurança sanitária e de prevenção a propagação do vírus foram estabelecidas entre os países, com maior rigor entre pessoas idosas para o distanciamento domiciliar e isolamento social. Essas duas orientações foram as de maior impacto, visto que o isolamento social incidiu na condição do idoso do direito fundamental à vida.

O cumprimento destas medidas, ainda que necessárias, elevaram o número das manifestações sociais em movimentos representativos de diferentes reivindicações, desde os gritos expressos na depressão, surtos e suicídios aumentados os casos registrados, às mais silenciosas vozes do espanto, do medo e dos choros escondidos e não divulgados nas mídias sociais.

O protagonismo do idoso para a reivindicação ao direito fundamental da vida se expressou em movimentos sociais raros, manifestações comportamentais da solidariedade humana e da necessidade de aproximação e convivência, ainda que de forma virtual para viver em sociedade.

Outras medidas sanitárias em cumprimento aos riscos da COVID-19 designaram o confinamento da velhice com tendência ao esquecimento, expressos suas manifestações reivindicatórias nos abusos as pessoas idosas em suas vulnerabilidades. Houve a propagação do medo, do pânico e da morte de forma constante em diferentes espaços de violência, classificadas suas categorias física, emocional ou psicológica, financeira, patrimonial ou material, sexual, e ainda, a negligência, o abandono e a auto negligência.

A violência contra a pessoa idosa representou no âmbito do enfrentamento à COVID-19 a necessidade de maior urgência das manifestações e organizações sociais por representar um confronto com o risco da morte iminente e certa num mundo de incertezas e contradições.

As lutas da pessoa idosa se fizeram para a garantia de sua própria existência, organizadas ou isoladas em suas expressões mais vivas quanto ao direito de viver.

Os idosos de forma voluntária ou induzida pela condição da vulnerabilidade dos riscos travaram lutas contra si mesmos para a superação de seus temores e limitações; contra seus principais agressores conhecidos filhos(as), cônjuges, cuidadores e outras pessoas próximas; contra o Estado que os limitaram em seus direitos já reconhecidos pelas políticas sociais voltadas ao processo de envelhecimento entre outros enfrentamentos.

Em que pese todas as reivindicações e as novas formas de comportamento e de lutas travadas pelo idoso em suas diferentes categorias de interesses, se pode observar o protagonismo da velhice elevando e fortalecendo os grupos mais vulneráveis em que se encontrou o idoso como representante.

É fato que a pandemia COVID-19 trouxe as limitações do direito de ir e vir de todos os cidadãos em seus movimentos, mas proporcionou, especialmente à pessoa idosa o estímulo à superação de muito de seus temores na luta pela vida.

Alternativas utilizadas para a superação das limitações socioambientais provocadas pelo cumprimento das medidas sanitárias pelo idoso o fez criar forças impulsionadoras de novos espaços e comportamentos. Entre estes, tiveram como grande aliada a tecnologia e as redes sociais de comunicação que passaram a ser instrumentos parceiros na luta pela superação dos riscos do isolamento social, aproximando o idoso da vida comum e permitindo o rompimento do risco dos riscos, utilizados os instrumentos remotos e as redes eletrônicas para encontros virtuais num movimento de superação dos problemas enfrentados.

Destarte, é válido ressaltar que os movimentos ligados à política e a legislação, assim como os demais movimentos, não deixaram de ocorrer, mas com a emergência da crise sanitária algumas problemáticas

tornaram-se mais evidentes e impulsionadoras das reivindicações mais emergentes e tendem, no movimento pós-pandemia se fortalecerem em continuidade e avanços.

3.3 Marco Temporal que fundamentou os Movimentos Sociais para o Enfrentamento da Covid-19

O envelhecimento humano tem sido uma preocupação no mundo inteiro e em todos os governos se tem observado uma redefinição de suas políticas sociais de forma a assegurar melhores condições de sobrevivência para a pessoa idosa. Esta preocupação parte do diagnóstico de que a velhice é um fenômeno do mundo contemporâneo com aproximadamente 1,1 bilhão de idosos e projeção para 3,1 bilhões até 2100 (OMS, 2020). Fenômeno iniciado nos países europeus, atualmente, está representado pelo seu acelerado processo de crescimento, especialmente entre países de média e baixa renda.

O Brasil com uma população de aproximadamente 215 bilhões de pessoas tem em sua pirâmide etária 208,5 milhões de indivíduos na faixa etária acima de 60 anos ou mais, com estimativa de até o ano de 2047 representar 233,2 milhões de pessoas. A perspectiva de crescimento é de 25,5% da população até 2060 (IBGE, 2018).

As novas configurações epidemiológicas, demográficas e tecnológicas ocorridas no final do século XX e início do século XXI demarcaram os principais fenômenos que desenharam o cenário das mudanças observadas no mundo. Estas novas configurações provocaram mudanças nas pessoas, no meio ambiente e na produção material da vida humana com demandas de necessidades de saúde sem respostas para atender a população mundial.

Países do mundo inteiro foram provocados pelo movimento de tomada da consciência do conceito ampliado de saúde que substituiu o entendimento ausência de doenças pela compreensão do direito fundamental da vida humana, preconizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde realizada em Alma Ata (1978), que conceituou a saúde como "completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade" (Brasil, 2002).

O conceito ampliado de saúde foi sistematizado em documentos consensuais produzidos por diferentes países, especialmente entre as décadas de 1980 e 1990. Estes países apoiados pela OMS e outros órgãos internacionais debateram publicamente a necessidade de mudar seus sistemas de saúde, a oferta do serviço e a qualificação dos seus trabalhadores por meio de uma gestão de saúde pública universal, de acesso gratuito e de qualidade.

Entre estes documentos¹² se destacaram as Cartas de Intenções elaboradas em Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde e as recomendações da OMS para a promoção e proteção da saúde dos povos. Enfatizaram mudanças nos sistemas de saúde e implantação de um modelo assistencial mais abrangente nos países, destacando cinco pontos fundamentais: implantação de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais.

Recomendações da OMS apresentadas neste contexto em documentos já citados serviram para chamar a atenção dos governos para a necessidade do investimento em saúde pública e políticas de favorecimento da participação popular como elementos-chave para alcançar saúde, incentivar o desenvolvimento de competências técnicas-científicas e assistenciais-humanizadas, garantir recursos e apoiar pesquisas, produzir insumos e equipamentos e organizarem sistemas de saúde colaborativos com gestão qualificada de bens e serviços.

Organismos de representação de movimentos sociais de saúde, conselhos de classe dos profissionais de saúde e das academias, pesquisadores e a própria população foram mobilizados por movimentos sanitários de influência mundial para a produção material de sustentação teórica, científica e tecnológica que se disseminaram como novas perspectivas de cuidados de saúde para todos os povos.

A literatura sobre o assunto destaca o Movimento Internacional Pró-Mudança que mobilizou países da América Latina para as principais discussões teórico-críticas tratadas no mundo inteiro sobre a ampliação do conceito de saúde e sua contraposição ao binômio

¹² Estes documentos citados foram compilados das Cartas de Promoção da Saúde por meio do Projeto Promoção da Saúde, uma série elaborada por Textos Básicos em Saúde – editada pelo Ministério da Saúde no Brasil, em 2002.

saúde-doença. No Brasil se observou o Movimento de Reforma Sanitária que deu sustentação para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) redefinindo a política nacional de saúde no país a partir de 1988.

Sistemas de Saúde Pública implantados em todos os continentes, a exemplo do Canadá localizado na América do Norte, Alemanha e Inglaterra na Europa, Tailândia na Ásia e Brasil na América Latina seguiram o modelo de política de saúde universal com características de atendimento em rede de serviços e investimento, prioritário na Atenção Primária da Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) como forma de integralizar o atendimento do cuidado com as pessoas em detrimento do tratamento de doenças, especialmente com pessoas idosas que fazem uso da rede assistencial de saúde com maior frequência.

Governos em todos os continentes foram alertados para a urgência de implantação de sistemas de saúde pública como uma estratégia política para enfrentamento aos desafios da desigualdade social e do cuidado com o meio ambiente, reconhecidos como os principais problemas a serem combatidos no mundo para promover a saúde de forma equânime.

Relatórios Mundiais da Saúde com recomendações sobre Recursos Humanos em Saúde (OMS, 2006), Cuidados de Saúde Primários (OMS, 2008), Financiamento dos Países para a Cobertura Universal da Saúde (OMS, 2010) e documentos que fortaleceram estas recomendações produzidos ao longo dos últimos anos podem ser citados como principais expressões dos movimentos sociais organizados para contextualizar as premissas de preparação dos países para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional declarada pela OMS quando da Pandemia Mundial instalada em decorrência do surto da COVID-19, doença provocada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2 em finais do ano de 2019.

Boletins sobre a COVID-19 apresentados pela OMS em 2020 indicaram uma mortalidade mais elevada na taxa entre pessoas com 80 anos ou mais, pela qual 14,8% dos infectados morreram, em comparação com 8,0% na faixa de 70 a 79 anos e 8,8% na faixa de 60 a 69 anos (taxa 3,82 vezes maior que a média geral), reforçando apreensões de cuidados mais específico com a população idosa. Hammerschmidt et al (2020) destacaram que o risco de morrer da COVID-19 aumenta com a idade, já que a maioria das mortes ocorre em idosos adultos,

principalmente aqueles com doenças crônicas às quais pessoas acima de 60 anos costumam ser as maiores vítimas.

Movimentos sociais preocupados com a diversidade do envelhecimento e com a velhice em tempo da COVID-19, foram realimentados sob novas formas. Ações específicas de cuidados assistenciais com a pessoa idosa deixaram de ser presenciais e passaram a ser acolhidas sob o modelo digital ou remoto com frequentes intervenções realizadas por meios eletrônicos, a exemplo de programas de envelhecimento saudáveis e de práticas pedagógicas digitais, atendimento online de profissionais da saúde, acompanhamento e consultas realizadas por meio de aplicativos do governo federal, assistência às vítimas da COVID-19 por whats Apps entre outros.

As novas configurações epidemiológicas, demográficas e tecnológicas ocorridas no final do século XX e início do século XXI demarcaram os principais fenômenos que desenharam o cenário das mudanças observadas no mundo. Estas novas configurações provocaram mudanças nas pessoas, no meio ambiente e na produção material da vida humana com demandas de necessidades de saúde sem respostas para atender a população mundial.

As manifestações sobre as novas formas de organização dos movimentos sociais ocorridas como alternativas para o enfrentamento da pandemia se destacaram entre as unidades assistenciais nas diversas políticas públicas da saúde, educação, assistência social com ações adotadas reconhecidas como novos movimentos fundamentados nos pilares da gerontologia e da geriatria, fazendo uso das chamadas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC's).

A inserção de pessoas da terceira idade no campo das novas tecnologias era considerada por alguns autores no início do século XXI como um fenômeno em desenvolvimento (Kachar, 2003; Valente, 2001) pela não intimidade dos idosos com os recursos tecnológicos, seja por medo de uma incapacidade ou pela falta de orientação, quanto ao uso correto dos aparelhos eletrônicos. Entretanto, a pandemia COVID-19 proporcionou a superação desta fragilidade com o esforço coletivo e individual da pessoa idosa no enfrentamento ao isolamento social.

O que antes gerava o chamado analfabetismo digital que os excluía como seres do mundo moderno, atualmente tem sido considerado um equipamento alternativo, e grande de grande utilidade na luta

pela sobrevivência. Todavia, tem-se como maior agravante nessa direção, a questão da desigualdade social no Brasil e todas as dificuldades enfrentadas, poucos tem possibilidades de aquisição dos aparelhos eletrônicos, assim como as ferramentas e recursos inovadores.

Muitos não conseguem adentrar nesse mundo tecnológico. Além disso, os preconceitos, o idadismo (relativo à idade), junto aos obstáculos de aprendizagem quanto ao uso dessa tecnologia, acabam dificultando o uso de redes pelos idosos (SILVA, 2016; VIEIRA, 2018).

Em decorrência, outros fatores influentes que ocasionam um distanciamento do idoso dessas ferramentas, como por exemplo, o computador, eles têm o receio de não saber manusear corretamente, danificar e causar prejuízo na instituição. Nota-se que a grande maioria de pessoas da terceira idade, não conseguem adentrar esse mundo tecnológico. Preconceitos relativos à idade, e condições de aprendizagem quanto ao uso dessa tecnologia, acabam implicando no uso inadequado da rede.

As manifestações sobre as novas formas de organização dos movimentos sociais ocorridas como alternativas para o enfrentamento da pandemia se destacaram entre as unidades assistenciais nas diversas políticas públicas da saúde, educação, assistência social com ações adotadas reconhecidas como novos movimentos fundamentados nos pilares da gerontologia e da geriatria.

OS gestores, profissionais e a própria população idosa se reinventaram em um movimento natural de defesa da vida, avançando em estudos de bases conceituais, que deram sustentabilidade para novos comportamentos de promoção e manutenção da autonomia da velhice e independência, evitando idadismo; com ajuste das ações de distanciamento social, impeditivas da síndrome geriátrica de isolamento social.

Apesar dos avanços que salvaguardaram algumas vítimas da pandemia COVID-19 não se pode esquecer que outros movimentos sociais como uma ação contínua de movimento permanente deverão surgir com propostas inovadoras para o enfrentamento de um "novo normal" de convivência, no qual se pode antecipar os vários problemas que já se descrevem como sequelas de todo o processo de confinamento e limitação dos movimentos de ir-e-vir das pessoas.

Estes movimentos deverão ser organizados preventivamente, de forma a promover condições de vida, saúde e trabalho alinhados aos novos termos do envelhecimento humano e da velhice, sendo necessário ressignificar as ações de atenção ao idoso, respeitando a pluralidade, com foco no momento pandêmico e vislumbrando cenários futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento humano exige dos governos a criação de políticas sociais regulamentadas para promover a proteção social desta faixa etária, profissionais qualificados com competências associadas à compreensão das necessidades decorrentes da velhice, uma população ciente de seu processo de envelhecimento e um idoso protagonista das condições de ser velho, apto para o enfrentamento das situações que ocorrem no mundo às quais dialogam com as incertezas em movimentos que pesam por serem responsáveis pela promoção e autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

A pandemia COVID-19 registra precarização dos serviços públicos e de políticas sociais negligenciadas por seus gestores em todos os continentes não se limitando apenas ao descumprimento das recomendações de medidas de saúde dadas pela OMS (2020), mas agravando-se as condições do trabalho intermitente dos profissionais de saúde sem condições para o exercício de suas atividades e o descaso com idosos institucionalizados, etc. Alguns países negligenciaram com a falta de oferta de serviços essenciais, outros com insumos, equipamentos, remédios e vacinas e outros com as contradições do procedimento político e econômico em detrimento do social-sanitário, entre outras.

Preocupações com a saúde global que envolveram compromissos com a saúde pública e o meio ambiente, desde que não afetassem diretamente a centralidade da produção material no mundo, foram despercebidas ou postergadas para outros movimentos, ainda que permanecesse o discurso contrário, e que as estatísticas identificassem disseminação sem controle de casos graves de deslocamentos migratórios, guerras civis, desastres naturais e provocados, segregação racial, abandono humano pela discriminação ou institucionalização

de vulneráveis descuidados pelo sistema público entre tantas ações comprometedoras do cuidado com a saúde, principal problema a ser enfrentado no combate à doença social que a vincula a novos comportamentos de mudança que estarão na agenda dos movimentos sociais recentes.

REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, Simone. *A velhice*. 2. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: Texto Constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 56/2007 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. *Projeto de Promoção da Saúde*. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília/DF, 2002. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma Ata. Setembro de 1978. (URSS). Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

_____. *Lei nº 8080/90 – Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/>.

_____. *Lei nº 8.142 de 28/12/ 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/>.

CUNHA, G. L.; JECKEL-NETO, E. A. da. Teorias Biológicas do Envelhecimento. *In*: CANÇADO, F. A. X.; FREITAS, E. V.; GORZONI, M. L.; PY, L.; NERI, A. L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 13-19.

GOHN, Maria da Glória. Teoria dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e Contemporâneos Edições Loyola. São Paulo/SP, 1997.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida e SANTANA, Rosimere Ferreira. Health Of the Older Adults in Times of the COVID-19 Pandemic. *Revista Cogitare Enfermagem*. 25: e72849. Comunicação Livre, on-line line,

2020. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1095404/3-72849-v25-en.pdf>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2018. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=idosos&searchphrase=all>.

KACHAR, Vitória. Envelhecimento e perspectivas de inclusão digital. Revista Kairós Gerontologia, 13(2), INSS 2176-901X: 131-147. São Paulo/SP, novembro/2010. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5371/3851>.

MACHADO, Maria Alice Nelli. O movimento dos idosos: um novo movimento social? Revista Kairós, Gerontologia nº 10(1), pp. 221-233. Editora EDUC. São Paulo/SP, jun. 2007. Disponível em <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2585/1639>

OMS. Organização Mundial da Saúde. Do inglês World Health Organization (WHO). Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance, 2020. [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Disponível em <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019>

_____. 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. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever (Trad. Relatório Mundial da Saúde: Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca). Editor da versão Portuguesa Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. Genebra/Suíça, 2008. Disponível em https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1.

_____. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos Sistemas de Saúde: O Caminho para a Cobertura Universal. [WHO. The world Health Report – Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage]. Genebra/Suíça; 2010. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllo wed=y.

SILVA, Noêmia Lima. Educação na terceira idade: inclusão sociale inovação pedagógica na Universidade Federal de Sergipe. Aracaju: Editora Diário Oficial

do Estado de Sergipe – Edise, 2016. OMS. Organização Mundial da Saúde. Do inglês WHO. World Health Organization (WHO). Elder abuse. [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>.

VALENTE, José Armando (Org.). O computador na sociedade do conhecimento. Coleção Informática para a Mudança na Educação. Ed. NIED/UNICAMP. Campinas/SP, 2001.

PRÁTICAS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS NA PÓS-MENOPAUSA: UMA AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO E ANTROPOMÉTRICO

LAURA ALVES COTA E SOUZA

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Ouro Preto - MG, laura.cota@aluno.ufop.edu.br;

THIAGO MAGALHÃES GOUVEA

Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Ouro Preto – MG, thiago.gouvea@ufop.edu.br;

ANGÉLICA ALVES LIMA

Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Ouro Preto – MG, angelica.lima@ufop.edu.br;

RESUMO

A pós-menopausa é caracterizada por alterações desfavoráveis no perfil lipídico e antropométrico, que ocorrem como consequência do envelhecimento reprodutivo e declínio dos níveis de estrogênio. É bem determinado o benefício da prática de atividade física sobre parâmetros metabólicos da população em geral. Neste contexto, torna-se interessante a avaliação da prática de exercícios físicos em mulheres pós-menopáusicas, que já possuem risco cardiovascular aumentado devido às alterações hormonais e metabólicas características dessa fase da vida. Assim, este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil lipídico e antropométrico de mulheres pós-menopausa, praticantes de atividade física. Para tal, foram selecionadas 145 mulheres pós-menopáusicas entre 40 e 65 anos que praticavam exercícios físicos regularmente. Como controle, foram selecionadas 155 mulheres sedentárias na mesma faixa etária. Todas as voluntárias passaram por entrevista, coleta de sangue para a avaliação do perfil lipídico e medidas antropométricas. Os resultados mostraram que as praticantes de atividade física apresentaram níveis medianos de HDLc (59 mg/dL) significativamente mais altos do que o grupo controle (54 mg/dL, $p=0,002$). Além disso o grupo atividade física apresentou menores concentrações de triglicerídeos (108 mg/dL) em comparação às sedentárias (117 mg/dL; $p=0,237$). Em relação aos parâmetros antropométricos, as praticantes de atividade física apresentaram significativamente menor peso ($p=0,003$), IMC ($p=0,001$), gordura corporal ($p=0,005$), circunferência da cintura ($p<0,001$) e relação cintura-estatura ($p<0,0001$) do que o grupo controle. A prática de exercícios físicos pode representar uma alternativa não medicamentosa para o manejo das alterações no perfil lipídico e na composição corporal que ocorrem após a menopausa.

Palavras-chave: Menopausa; perfil lipídico; antropometria; atividade física.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento reprodutivo feminino é caracterizado por alterações físicas, metabólicas e psicológicas, que ocorrem principalmente devido à redução do número de folículos ovarianos e declínio das concentrações séricas de estrogênio (JAYABHARATHI; JUDIE, 2014; PEACOCK; KETVERTIS, 2020).

Durante os anos reprodutivos da mulher, os folículos ovarianos são gradualmente esgotados pela ovulação. Com isso, há declínio dos níveis de estrógenos e de inibina B, produzidos pelos ovócitos. Além disso, há aumento das concentrações séricas de FSH devido à ausência de mecanismos inibitórios, normalmente realizados pelos hormônios ovarianos (PEACOCK; KETVERTIS, 2020). A elevação dos níveis de FSH leva a um maior recrutamento folicular e consequente aumento da velocidade do processo de perda folicular. Este conjunto de alterações resulta em uma variabilidade na resposta ovariana ao FSH, níveis de estrogênio amplamente flutuantes e perda do ciclo reprodutivo normal (TAKAHASHI; JOHNSON, 2015).

A menopausa acontece quando todos os folículos ovarianos são esgotados, fazendo com que o ovário seja incapaz de responder aos níveis elevados de FSH (HARLOW; GASS; HALL; LOBO *et al.*, 2012; PEACOCK; KETVERTIS, 2020). Assim, a menopausa pode ser definida como a cessação permanente de ciclos menstruais, a qual é diagnosticada após um período de 12 meses consecutivos de amenorrea (PEACOCK; KETVERTIS, 2020).

Durante a transição menopausal e pós-menopausa é comum o surgimento de sintomas incômodos, como ondas de calor, insônia, ressecamento vaginal e incontinência urinária, que afetam cerca de 80% das mulheres (ELIA; GAMBACCIANI; BERRENI; BOHBOT *et al.*, 2019; SANTORO; EPPERSON; MATHEWS, 2015). Além dos sintomas relatados, o envelhecimento feminino também é associado a alterações na composição corporal e a distúrbios metabólicos, como diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e síndrome metabólica (STACHOWIAK; PERTYŃSKI; PERTYŃSKA-MARCZEWSKA, 2015).

Já foi demonstrado que os hormônios sexuais endógenos podem influenciar o perfil lipídico das mulheres devido à presença de receptores expressos em adipócitos viscerais e subcutâneos. Desta forma,

as alterações nos níveis de hormônios sexuais, que acontecem como consequência do envelhecimento reprodutivo, podem afetar negativamente o metabolismo lipídico feminino (KO; KIM, 2020; MARCHAND; CARREAU; WEISNAGEL; BERGERON *et al.*, 2018). Além disso, é bem determinado o papel do estrogênio como um protetor cardiovascular. Desta forma, o declínio dos níveis deste hormônio, aliado às demais alterações metabólicas que ocorrem no climatério, aumentam consideravelmente o risco de doenças cardiovasculares em mulheres na pós-menopausa (NAFTOLIN; FRIEDENTHAL; NACHTIGALL; NACHTIGALL, 2019).

Resultados de estudos observacionais e experimentais mostram que a prática regular de atividade física pode levar a melhorias na composição corporal e no perfil lipídico, em especial, redução do peso, aumento das concentrações séricas de HDL e redução dos níveis de triglicerídeos (LIN; ZHANG; GUO; ROBERTS *et al.*, 2015). Além disso, pesquisas já demonstraram que a prática de exercícios físicos também pode desencadear efeitos benéficos sobre o colesterol total e LDL.

Apesar dos benefícios da prática de atividade física serem bem determinados, muito se discute sobre qual prática, sua intensidade, frequência e duração podem ser mais significativos para a melhoria do perfil lipídico e da composição corporal, especialmente em populações específicas, como mulheres na pós-menopausa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda para adultos entre 18 e 64 anos pelo menos 150 minutos semanais de atividade física aeróbica moderada ou 75 minutos semanais de atividade aeróbica vigorosa, a fim de se alcançar benefícios sobre a saúde cardiovascular (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Considerando os benefícios da prática de atividade física sobre os parâmetros bioquímicos e antropométricos da população em geral, torna-se interessante a avaliação da prática de exercícios físicos em mulheres na pós-menopausa, uma vez que esta fase está associada ao desenvolvimento de um perfil lipídico adverso, com frequente diminuição do HDLc e aumento do LDLc, CT e triglicerídeos (AMBIKAI RAJAH; WALSH; CHERBUIN, 2019).

A compreensão das alterações metabólicas e hormonais relacionadas à idade e ao envelhecimento reprodutivo é necessária para que sejam aplicadas estratégias de prevenção e tratamento para doenças

cardiovasculares em mulheres de meia-idade e pessoas idosas. Neste cenário, a prática de exercícios físicos pode representar estratégia efetiva para a melhoria da qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa, podendo estar associada à redução de sintomas e dos riscos metabólicos associados ao declínio dos níveis de estrogênio. Assim, este trabalho teve como objetivo avaliar o perfil lipídico e antropométrico de mulheres na pós- menopausa praticantes de atividade física.

METODOLOGIA

Foram selecionadas através de busca ativa e convite individual, mulheres na pós-menopausa entre 40 e 65 anos que praticavam exercícios físicos regularmente. Também foram selecionadas, como controles, mulheres que não praticavam atividade física ou o faziam por um período inferior a três vezes ou noventa minutos por semana.

Todas as participantes passaram por entrevista, a fim de obter informações sociodemográficas e comportamentais. Além disso, as voluntárias tiveram amostra de sangue coletada para análise laboratorial e foram submetidas à avaliação antropométrica.

O processo de seleção amostral e os procedimentos utilizados neste trabalho foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ouro Preto – CEP/UFOP, sob o protocolo CAAE: 56312816.1.0000.5150. Após apresentação e discussão do projeto, as mulheres que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram consideradas na pós-menopausa as mulheres que relataram amenorreia por um período superior a doze meses, bem como aquelas que reportaram a realização de histerectomia acompanhada ou não de ooforectomia.

As usuárias de hipolipemínicos foram excluídas deste estudo.

Para a avaliação da obesidade foram obtidas as seguintes medidas antropométricas: peso, altura, gordura corporal (GC) e circunferência de cintura (CC).

O peso e a porcentagem de GC foram obtidos na balança Tanita® - **The Ultimate Scale Model** 2204, com graduação de 100g e capacidade máxima de 150 kg. No momento da pesagem, a participante foi posicionada no centro da balança, descalça, ereta e de frente para a escala de medida.

A estatura foi verificada utilizando estadiômetro, com precisão de 0,1 cm e extensão máxima de dois metros. Para esta medida, a participante foi posicionada com os braços ao longo do corpo, pés unidos e apontando para frente, com o olhar em um ponto fixo e com as regiões pélvica, escapular e occipital encostada na haste do instrumento de medição.

A CC foi obtida utilizando fita métrica simples. Seguindo a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a medida da cintura foi realizada no ponto médio entre a costela inferior e a crista ilíaca. Nos casos em que a localização deste ponto estava dificultada, a medida foi realizada na cicatriz umbilical.

De posse dos dados antropométricos foi realizado o cálculo do índice de massa corporal (IMC), da relação cintura-estatura (RCE) e do índice de conicidade (IC), de acordo com as seguintes equações:

$$- IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{[\text{Altura (m)}]^2}$$

$$- RCE = \frac{\text{Circunferência da Cintura (cm)}}{\text{Altura (cm)}}$$

$$- IC = \frac{\text{Circunferência da Cintura (m)}}{0,109 \sqrt{\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)}}}}$$

As coletas de sangue foram realizadas por profissional habilitado, empregando materiais descartáveis à vista da participante, de acordo com as boas práticas de coleta de material biológico. As amostras de sangue venoso foram coletadas por punção venosa periférica, em tubo sem anticoagulante, com a participante em jejum prévio de 12 a 14 horas, orientada para evitar ingestão de bebida alcoólica por 72 horas e atividade física vigorosa por 24 horas. Todas as análises foram realizadas no Laboratório de Análises Clínicas (LAPAC) da Escola de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Após a coleta, as amostras foram centrifugadas a 2.500 rpm por 15 minutos para a separação do soro, que foi utilizado para as seguintes análises: triglicerídeos, colesterol total (CT), lipoproteína de alta densidade (HDLc) e lipoproteína de baixa densidade (LDLc).

As dosagens bioquímicas de CT e triglicerídeos foram realizadas por espectrofotometria (método enzimático colorimétrico). Já

HDLc e LDLc analisados pelo método homogêneo direto. Todas estas determinações foram realizadas no analisador automatizado COBAS INTEGRA® 400 plus (**Roche**), usando conjuntos diagnósticos específicos para o equipamento.

A partir das análises laboratoriais foi calculado o não-HDLc:

$$- \text{Não HDLc} = \text{CT} - \text{HDLc}$$

Em relação à análise de dados, as informações coletadas durante as entrevistas foram codificadas e duplamente digitadas no software EpiData. Posteriormente, foram realizadas as análises estatísticas usando o software SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer). As variáveis categóricas foram comparadas por Qui-quadrado de Pearson e a normalidade das variáveis contínuas foi testada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis que apresentaram distribuição normal, foram calculadas médias e desvios padrões e empregado o teste t para amostras independentes. Já para as variáveis que apresentaram distribuição não paramétrica foram calculadas as medianas, primeiro e terceiro quartis e realizado o teste de Mann-Whitney.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente foram selecionadas 371 mulheres para este estudo. Contudo, 71 participantes faziam uso de hipolipemiantes e não tiveram seus dados incluídos nas análises, atendendo ao critério de exclusão. Assim, a amostra deste trabalho foi composta por trezentas mulheres pós-menopáusicas, sendo 145 praticantes regulares de atividade física (grupo AF) e 155 sedentárias (grupo controle).

No grupo AF, as mulheres selecionadas relataram praticar principalmente musculação ou ginástica (49%, n=71), seguido de caminhada (47,9%; n=69), pilates/yoga (32,4%; n=47), zumba (4,8%, n=7), ciclismo (3,4%; n=5) e natação/hidroginástica (3,4%; n=5), com uma frequência média de 4 vezes por semana.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e comportamentais das mulheres avaliadas neste trabalho. A idade média das participantes foi igual a $55,0 \pm 4,6$ anos no grupo AF e $54,7 \pm 4,7$ anos

no grupo controle. A maioria das voluntárias de ambos os grupos vivia com companheiro, tinha dois ou mais filhos, não era tabagista, não fazia uso regular de bebidas alcólicas e relatou menopausa natural. As participantes do grupo AF relataram que menopausa aconteceu em média aos 47,0±5,5 anos, há 7,1±5,4 anos, ao passo que no grupo controle, a menopausa ocorreu em média aos 46,4±6,0 anos, há 7,5±6,3 anos.

A avaliação do histórico pessoal de enfermidades mostrou que hipertensão foi a mais relatada (33,1% no grupo AF e 37,4% no grupo controle), seguido de tireoideopatia (17,2% e 19,4%, respectivamente) (Tabela 1).

Para todas as variáveis sociodemográficas e comportamentais avaliadas neste trabalho, a análise estatística não mostrou diferenças significativas entre os grupos AF e controle (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e comportamentais das participantes dos grupos AF e controle.

VARIÁVEIS	AF	Controle	P
	Média (DP) ou n (%)	Média (DP) ou n (%)	
Idade	54,99 (4,56)	54,69 (4,68)	0,580
Status Marital			
Com Companheiro	94 (64,8)	92 (59,4)	0,371
Sem Companheiro	51 (35,2)	63 (40,6)	
Número de Filhos			
Nenhum	17 (11,7)	21 (13,5)	0,230
1	20 (13,8)	29 (18,7)	
2	57 (39,3)	44 (28,4)	
3 ou mais	51 (35,2)	61 (39,4)	
Tabagismo*	15 (10,3)	25 (16,1)	0,096
Etilismo**	4 (2,8)	6 (3,9)	0,417
Tipo de menopausa			
Natural	103 (71,0)	117 (75,5)	0,579
Cirúrgica	40 (27,6)	35 (22,6)	
Quimioterápica	2 (1,4)	3 (1,9)	
Idade da menopausa	46,99 (5,54)	46,44 (5,96)	0,581
Tempo de menopausa	7,10 (5,36)	7,48 (6,34)	0,414
Histórico de enfermidades			
Hipertensão	48 (33,1)	58 (37,4)	0,255
Tireoideopatia	25 (17,2)	30 (19,4)	0,374

VARIÁVEIS	AF	Controle	P
	Média (DP) ou n (%)	Média (DP) ou n (%)	
Diabetes	10 (6,9)	14 (9,0)	0,321
Osteoporose	9 (6,2)	8 (5,2)	0,44

Nota: Teste Qui-quadrado de Pearson; AF = atividade física;

* no presente;

** frequência igual ou superior a 4 vezes por semana

Em relação ao perfil lipídico, os resultados deste estudo mostraram que as praticantes de AF apresentaram valores medianos de HDLc significativamente mais altos do que o grupo controle (59 mg/dL x 54 mg/dL; $p=0,002$). Para triglicerídeos, também foram observados resultados melhores no grupo AF em comparação ao controle (108 mg/dL x 117 mg/dL). Contudo, a análise estatística não mostrou diferença entre os grupos ($p=0,237$). Já para CT, LDLc e não-HDLc os valores medianos dos dois grupos foram muito próximos, não havendo diferença significativa: CT (214 mg/dL x 215 mg/dL; $p=0,838$); LDLc (131 mg/dL x 130 mg/dL; $p=0,799$) e não-HDLc (158 mg/dL x 160 mg/dL; $p=0,327$) (Figura 1).

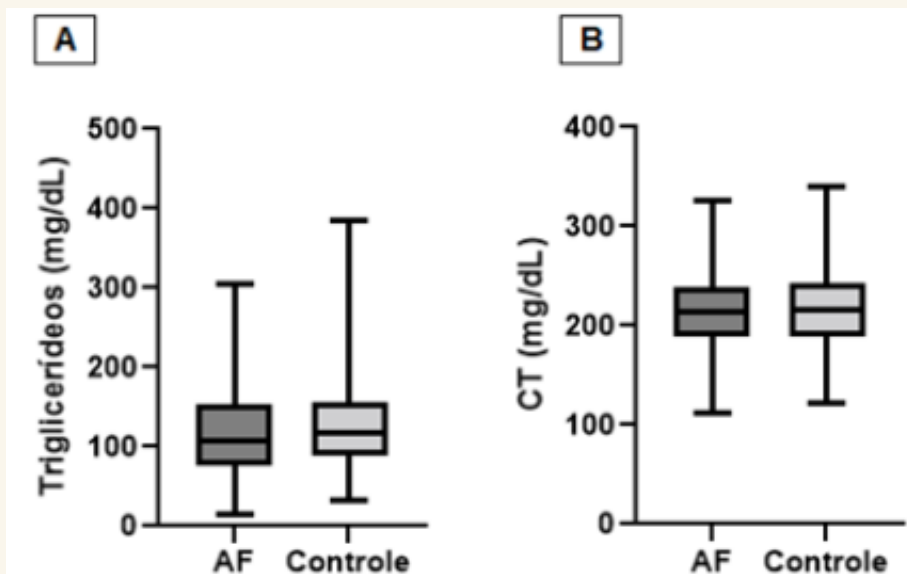
As evidências mostram que a prática de exercícios físicos pode ter um impacto positivo no perfil lipídico, no prognóstico de doenças cardiovasculares e nas taxas mortalidade (KOKKINOS; FASELIS; MYERS; PANAGIOTAKOS et al., 2013; WANG; XU, 2017). Além disso, já foi demonstrado que a prática de atividade física pode ser considerada como uma intervenção não medicamentosa de baixo custo, baixo risco e que pode ser aplicada à grande maioria da população (NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP) EXPERT PANEL ON DETECTION, 2002; WANG; XU, 2017).

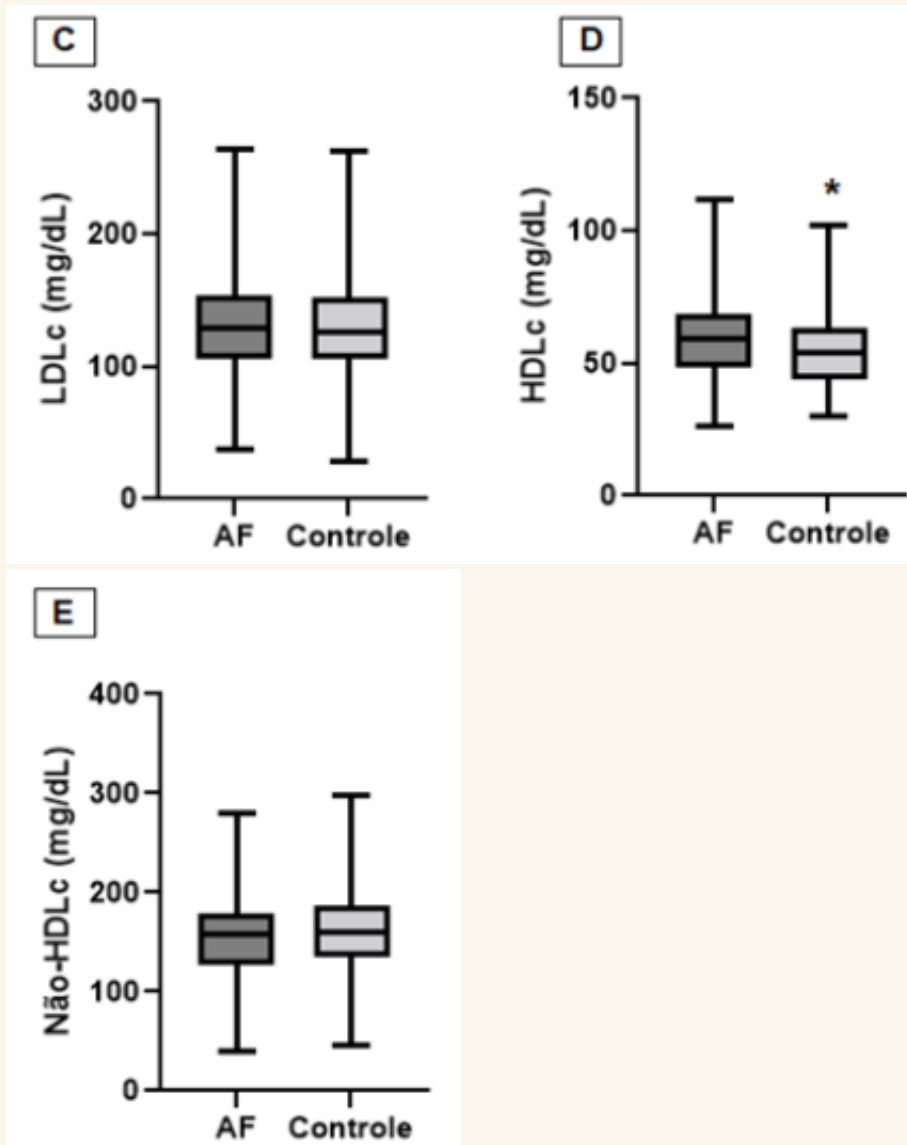
A prática de exercícios físicos pode aumentar a atividade da lipase lipoproteica e da lecitina colesterol aciltransferase, bem como reduzir a atividade da lipase hepática e da proteína de transferência do colesterol esterificado, componentes do transporte reverso de colesterol (LEHMANN; ENGLER; HONEGGER; RIESEN *et al.*, 2001; TIAINEN; LUOTO; AHOTUPA; RAITANEN *et al.*, 2016). Assim, o aumento das concentrações de HDLc encontrado nas praticantes de AF neste trabalho pode estar associado ao transporte reverso de colesterol mais efetivo e à maior proteção contra a doença coronariana em mulheres na pós-menopausa.

Apesar de terem sido observados efeitos positivos da prática de exercícios físicos sobre os níveis de HDLc, neste trabalho não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos para os níveis de LDLc, CT, não-HDLc e triglicerídeos. Um estudo demonstrou que os níveis de HDLc são mais sensíveis à prática de exercícios físicos do que os níveis de LDLc e triglicerídeos (KRAUS; HOUMARD; DUSCHA; KNETZGER *et al.*, 2002; WANG; XU, 2017), o que pode ajudar a justificar este resultado.

Um estudo com mulheres pós-menopáusicas entre 50 e 79 anos também mostrou aumento significativo dos níveis de HDLc após 16 semanas de práticas de exercícios físicos (DINIZ; ROSSI; FORTALEZA; NEVES *et al.*, 2018). Além disso, outro trabalho também demonstrou um perfil lipídico mais favorável em mulheres pós-menopáusicas que praticavam exercícios físicos em comparação às sedentárias (NEVES; FORTALEZA; ROSSI; DINIZ *et al.*, 2017).

Figura 1. Perfil lipídico das participantes dos grupos AF e controle. *Nota:* AF = atividade física; CT = colesterol total; TG = triglicerídeos; WLC = lipoproteína de baixa densidade; HDLc = lipoproteína de alta densidade.





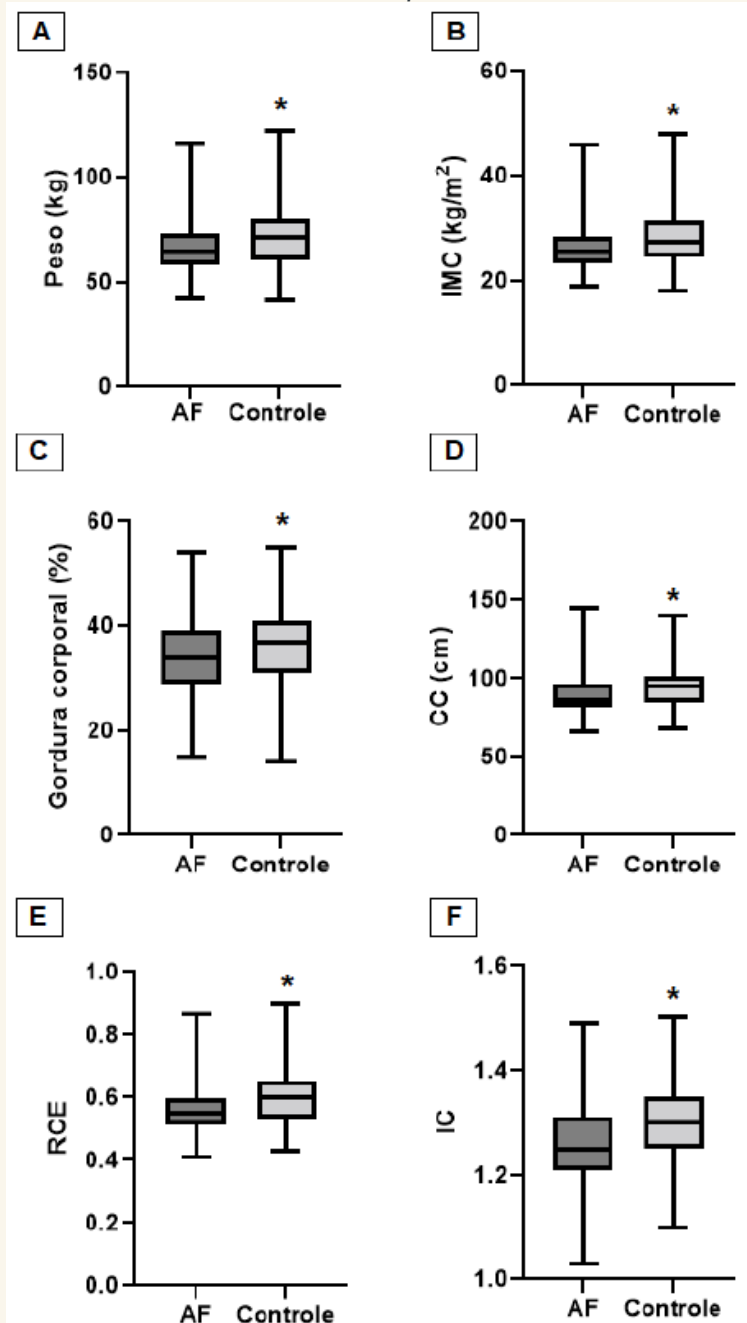
No presente trabalho também foram avaliadas variáveis antropométricas das participantes (Figura 2). As praticantes de AF apresentaram todos os valores médios ou medianos das variáveis avaliadas significativamente mais baixos do que as mulheres do grupo controle: peso (65,0 kg x 71,0 kg; $p=0,003$), IMC (25,5 kg/m² x 27,3 kg/m²; $p=0,001$), GC (33,4% x 36,4%; $p=0,005$), CC (86,0 cm x 95,0 cm; $p<0,001$), RCE (0,55 x 0,60; $p<0,001$) e IC (1,25 x 1,30; $p<0,001$) (Figura 2).

O ganho de peso, o aumento da CC, da gordura abdominal e visceral e a redução da taxa metabólica são frequentemente associados à menopausa e à idade (AL-SAFI; POLOTSKY, 2015). Estudos apontam que o peso corporal de mulheres de meia idade tende a aumentar em média 250 gramas por ano, independentemente do estado menstrual, o que ocorre como consequência da diminuição da massa corporal magra e da taxa metabólica. No entanto, os primeiros anos da pós-menopausa estão associados ao ganho de peso acelerado, principalmente em mulheres que já possuem sobrepeso e elevada porcentagem de gordura corporal (DUBNOV; BRZEZINSKI; BERRY, 2003).

Também há evidências indicando que a menopausa está associada a mudanças na composição corporal e na distribuição de gordura. Assim, após a menopausa é comum a diminuição da massa corporal magra e o aumento da massa gorda (ABDULNOUR; DOUCET; BROCHU; LAVOIE *et al.*, 2012). Além disso, a proporção de deposição de gordura androide (parte superior do corpo) para a deposição de gordura ginoide (parte inferior do corpo) é maior na pós-menopausa do que na pré-menopausa (AL-SAFI; POLOTSKY, 2015; DUBNOV; BRZEZINSKI; BERRY, 2003).

O aumento excessivo do peso e a obesidade podem ainda contribuir para o desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias e hipertensão, que aumentam ainda mais a carga global da doença cardiovascular (BENJAMIN; VIRANI; CALLAWAY; CHAMBERLAIN *et al.*, 2018). Assim, estratégias que possam reverter ou prevenir as alterações antropométricas esperadas na transição menopausal e pós-menopausa são essenciais para a qualidade e tempo de vida da população feminina (STERNFELD; WANG; QUESENBERRY; ABRAMS *et al.*, 2004).

Figura 2. Variáveis antropométricas das participantes dos grupos AF e controle.
 Nota: AF = atividade física; IMC = índice de massa corporal; GC = gordura corporal; CC = circunferência de cintura; RCE = relação cintura-estatura; IC = índice de conicidade; * $p < 0,05$.



Outros estudos também mostraram benefícios da prática de atividade física em mulheres pós-menopáusicas. Um ensaio clínico randomizado avaliou 158 mulheres na pós-menopausa e mostrou que a realização de um programa de exercícios físicos durante sessenta minutos, três vezes por semana, resultou em melhorias positivas na taxa metabólica basal, massa muscular esquelética e porcentagem de gordura corporal, após 12 meses de intervenção (ARAGÃO; ABRANTES; GABRIEL; SOUSA *et al.*, 2014). Além disso, dados do estudo norte americano ***“Study of Women’s Health Across the Nation”*** mostraram que a prática de exercícios físicos está associada a mudanças benéficas na composição corporal e na distribuição de gordura no período peri e pós-menopausa (STERNFELD; BHAT; WANG; SHARP *et al.*, 2005).

Neste trabalho também foi avaliada a influência do tipo e frequência de atividade física sobre o perfil lipídico e antropométrico. Foram observados menores concentrações séricas de triglicerídeos em mulheres que praticavam mais de uma modalidade de atividade física e também nas voluntárias que praticavam exercícios físicos quatro ou cinco vezes por semana em comparação àquelas que praticavam três vezes por semana. Apesar disso, não a análise estatística não mostrou diferenças significativas (resultados não apresentados).

Estudos já demonstraram a redução do peso corporal e do risco de eventos cardiovasculares, hipertensão, diabetes mellitus e câncer com a prática regular de exercícios físicos (BROWN; WINTERS-STONE; LEE; SCHMITZ, 2012; GRINDLER; SANTORO, 2015; STERNFELD; WANG; QUESENBERRY; ABRAMS *et al.*, 2004). Além disso, é bem determinado que a prática de atividade física melhora a qualidade de vida de pessoas de todas as idades e pode ainda aumentar a expectativa de vida (NICKLETT; SEMBA; XUE; TIAN *et al.*, 2012). Neste contexto, os resultados encontrados neste trabalho corroboram com as evidências existentes e mostram os benefícios da prática de atividade física sobre o perfil lipídico e parâmetros antropométricos também na população de mulheres na pós-menopausa, o que pode estar associado não somente às melhorias no peso e na composição corporal, mas também à redução do risco das doenças metabólicas associadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste trabalho mostraram que mulheres na pós-menopausa praticantes regulares de atividade física apresentaram significativamente maiores níveis de HDLc e melhores parâmetros antropométricos do que mulheres sedentárias. Assim, a prática de exercícios físicos pode representar uma alternativa segura e de baixo custo para mulheres na pós-menopausa que têm risco aumentado para o desenvolvimento de alterações desfavoráveis no perfil lipídico e nos parâmetros antropométricos, podendo refletir na melhor qualidade de vida, redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares na pós-menopausa.

REFERÊNCIAS

ABDULNOUR, J.; DOUCET, E.; BROCHU, M.; LAVOIE, J. M. *et al.* The effect of the menopausal transition on body composition and cardiometabolic risk factors: a Montreal- Ottawa New Emerging Team group study. **Menopause**, 19, n. 7, p. 760-767, Jul 2012.

AL-SAFI, Z. A.; POLOTSKY, A. J. Obesity and menopause. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, 29, n. 4, p. 548-553, May 2015.

ARAGÃO, F. R.; ABRANTES, C. G.; GABRIEL, R. E.; SOUSA, M. F. *et al.* Effects of a 12- month multi-component exercise program on the body composition of postmenopausal women. **Climacteric**, 17, n. 2, p. 155-163, Apr 2014.

BENJAMIN, E. J.; VIRANI, S. S.; CALLAWAY, C. W.; CHAMBERLAIN, A. M. *et al.* Heart Disease and Stroke Statistics-2018 Update: A Report From the American Heart Association. **Circulation**, 137, n. 12, p. e67-e492, 03 20 2018.

BROWN, J. C.; WINTERS-STONE, K.; LEE, A.; SCHMITZ, K. H. Cancer, physical activity, and exercise. **Compr Physiol**, 2, n. 4, p. 2775-2809, Oct 2012.

DINIZ, T. A.; ROSSI, F. E.; FORTALEZA, A. C. S.; NEVES, L. M. *et al.* Changes in HDL-c concentrations after 16 weeks of combined training in postmenopausal women: characteristics of positive and negative responders. **Appl Physiol Nutr Metab**, 43, n. 1, p. 38-44, Jan 2018.

DUBNOV, G.; BRZEZINSKI, A.; BERRY, E. M. Weight control and the management of obesity after menopause: the role of physical activity. **Maturitas**, 44, n. 2, p. 89-101, Feb 25 2003.

ELIA, D.; GAMBACCIANI, M.; BERRENI, N.; BOHBOT, J. M. *et al.* Genitourinary syndrome of menopause (GSM) and laser VEL: a review. **Horm Mol Biol Clin Investig**, Dec 2019.

GRINDLER, N. M.; SANTORO, N. F. Menopause and exercise. **Menopause**, 22, n. 12, p. 1351-1358, Dec 2015.

HARLOW, S. D.; GASS, M.; HALL, J. E.; LOBO, R. *et al.* Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop +10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. **Climacteric**, 15, n. 2, p. 105-114, Apr 2012.

JAYABHARATHI, B.; JUDIE, A. Complementary health approach to quality of life in menopausal women: a community-based interventional study. **Clin Interv Aging**, 9, p. 1913-1921, 2014.

KO, S. H.; KIM, H. S. Menopause-Associated Lipid Metabolic Disorders and Foods Beneficial for Postmenopausal Women. **Nutrients**, 12, n. 1, Jan 2020.

KRAUS, W. E.; HOUMARD, J. A.; DUSCHA, B. D.; KNETZGER, K. J. *et al.* Effects of the amount and intensity of exercise on plasma lipoproteins. **N Engl J Med**, 347, n. 19, p. 1483-1492, Nov 07 2002.

LEHMANN, R.; ENGLER, H.; HONEGGER, R.; RIESEN, W. *et al.* Alterations of lipolytic enzymes and high-density lipoprotein subfractions induced by physical activity in type 2 diabetes mellitus. **Eur J Clin Invest**, 31, n. 1, p. 37-44, Jan 2001.

LIN, X.; ZHANG, X.; GUO, J.; ROBERTS, C. K. *et al.* Effects of Exercise Training on Cardiorespiratory Fitness and Biomarkers of Cardiometabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. **J Am Heart Assoc**, 4, n. 7, Jun 26 2015.

MARCHAND, G. B.; CARREAU, A. M.; WEISNAGEL, S. J.; BERGERON, J. *et al.* Increased body fat mass explains the positive association between circulating estradiol and insulin resistance in postmenopausal women. **Am J Physiol Endocrinol Metab**, 314, n. 5, p. E448- E456, 05 2018.

NAFTOLIN, F.; FRIEDENTHAL, J.; NACHTIGALL, R.; NACHTIGALL, L. Cardiovascular health and the menopausal woman: the role of estrogen and when to begin and end hormone treatment. **F1000Res**, 8, 2019.

NEVES, L. M.; FORTALEZA, A. C.; ROSSI, F. E.; DINIZ, T. A. *et al.* Functional training reduces body fat and improves functional fitness and cholesterol levels in postmenopausal women: a randomized clinical trial. **J Sports Med Phys Fitness**, 57, n. 4, p. 448-456, Apr 2017.

NICKLETT, E. J.; SEMBA, R. D.; XUE, Q. L.; TIAN, J. *et al.* Fruit and vegetable intake, physical activity, and mortality in older community-dwelling women. **J Am Geriatr Soc**, 60, n. 5, p. 862-868, May 2012.

PEACOCK, K.; KETVERTIS, K. M. Menopause. *In*: StatPearls [Internet], 2020.

SANTORO, N.; EPPERSON, C. N.; MATHEWS, S. B. Menopausal Symptoms and Their Management. **Endocrinol Metab Clin North Am**, 44, n. 3, p. 497-515, Sep 2015.

STACHOWIAK, G.; PERTYŃSKI, T.; PERTYŃSKA-MARCZEWSKA, M. Metabolic disorders in menopause. **Prz Menopauzalny**, 14, n. 1, p. 59-64, Mar 2015.

STERNFELD, B.; BHAT, A. K.; WANG, H.; SHARP, T. *et al.* Menopause, physical activity, and body composition/fat distribution in midlife women. **Med Sci Sports Exerc**, 37, n. 7, p. 1195-1202, Jul 2005.

STERNFELD, B.; WANG, H.; QUESENBERRY, C. P.; ABRAMS, B. *et al.* Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. **Am J Epidemiol**, 160, n. 9, p. 912-922, Nov 2004.

TAKAHASHI, T. A.; JOHNSON, K. M. Menopause. **Med Clin North Am**, 99, n. 3, p. 521-534, May 2015.

TIAINEN, S.; LUOTO, R.; AHOTUPA, M.; RAITANEN, J. *et al.* 6-mo aerobic exercise intervention enhances the lipid peroxide transport function of HDL. **Free Radic Res**, 50, n. 11, p. 1279-1285, 2016.

WANG, Y.; XU, D. Effects of aerobic exercise on lipids and lipoproteins. **Lipids Health Dis**, 16, n. 1, p. 132, Jul 05 2017.

CAPACIDADE FUNCIONAL DE PESSOAS IDOSAS SOBREVIVENTES DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA

Doutora pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
kaisyjp@hotmail.com;

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

Doutoranda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB,
cleane_rosas@hotmail.com;

CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA

Doutoranda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB,
claudinhajeane8@hotmail.com;

ANA LUÍSA FERNANDES VIEIRA MELO

Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
luisa.vieira.fm@gmail.com;

RESUMO

O Acidente Vascular Encefálico refere-se ao acelerado desenvolvimento de sinais clínico focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas e ocorre com maior incidência com idade avançada e dobra a cada década após os 65 anos. Após a alta hospitalar, os pacientes idosos acometidos pela patologia, muitas vezes, retornam ao domicílio com sequelas físicas e cognitivo-comportamentais que comumente comprometem a capacidade funcional. Considerando o aumento da incidência da doença e da prevalência de incapacidades resultantes desse agravo, o estudo tem como objetivo investigar a capacidade funcional em pessoas idosas sobreviventes de acidente vascular encefálico. Trata-se de estudo transversal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. Realizado com pessoas idosas sobreviventes de acidente vascular encefálico, cadastradas em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB. A funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Barthel. Os resultados expostos nessa pesquisa apresentam a maioria do sexo masculino, casados, com escolaridade de um a quatro anos de estudo, com prevalência de sequelas motoras e fraqueza muscular. Identificou-se que os idosos apresentaram algum grau de dependência, com predomínio de dependência moderada. E nas AVD's, observou-se maior necessidade de ajuda e dependência para caminhar, subir escadas e se alimentar. Esse estudo tem importantes implicações para a prática e para a pesquisa em saúde, pois aponta caminhos para aperfeiçoar a abordagem as pessoas com sequelas de uma doença crônica e de grande incidência.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Idoso, Atividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

O acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica tem contribuído para a mudança no perfil de adoecimento populacional, gerando um aumento das doenças crônicas (KARENY; SILVA, 2017), entre essas doenças, as cerebrovasculares (DCV) são uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo. Dentre elas destaca-se o Acidente Vascular Encefálico (AVE), que refere-se ao acelerado desenvolvimento de sinais clínico focais e/ou globais da função cerebral, com sintomas de duração igual ou superior a 24 horas, de origem vascular, ocasionando alterações cognitivas e sensorio-motoras, conforme a área de acometimento da lesão ((PELICIONE et al., 2016).

Dados epidemiológicos mostram uma grande incidência do AVE. Em nível mundial, estima-se a ocorrência de um caso em cada cinco segundos, portanto é a segunda causa de morte e a primeira de incapacidade. No Brasil, é a primeira causa de mortalidade e incapacidade. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, foram registradas 695.521 internações por AVE, no período de 2010 a 2016, com incidência maior em pessoas com idades entre 70 e 79 anos, do sexo masculino e de raça branca (BRASIL, 2016).

Entre os norte-americanos é o principal motivo de incapacidade e uso de recursos da saúde, embora a mortalidade tenha diminuído desde os anos 50 nos Estados Unidos. Na Europa, especialmente, em Portugal, continua sendo a causa mais relevante de morbidade e de potenciais anos de vida perdidos. Assim como na Índia, em que a taxa de mortalidade por AVE é de 13%. Por ser considerado a grande causa de incapacidade a longo prazo, essa patologia, leva a diferentes graus de deficiência crônica (PEREIRA, et al., 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 37% dos pacientes manifestam alterações discretas; 16%, incapacidade moderada incapacidade; 32% demonstram alteração intensa ou grave da capacidade funcional, e alguns dependem de cadeira de rodas ou ficam restritos ao leito. Apenas 15% dos pacientes não apresentam prejuízo na capacidade funcional (WHO, 2011). Pesquisa realizada no ano de 2013, em domicílios, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que 25,5% dos pacientes que tiveram AVE apresentavam limitações intensas (BRASIL, 2013).

Após a alta hospitalar, os pacientes acometidas por AVE, muitas vezes, retornam ao domicílio com sequelas físicas e cognitivo-comportamentais que comumente comprometem a capacidade funcional, tornando-se, frequentemente, dependentes de outras pessoas para realizar as Atividades da Vida Diária (AVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As ABVD são as relacionadas ao autocuidado, e as AIVD estão relacionadas com a participação no ambiente social (BARBOSA, et al., 2014).

O AVE ocorre em todas as faixas etárias, porém apresenta maior incidência com idade avançada e dobra a cada década após os 65 anos, período de vida em que se pode observar grandes taxas de óbito e sequelas. Nessas pessoas, além do comprometimento advindos da patologia, tem-se a redução da capacidade funcional pelo próprio processo do envelhecimento. A incapacidade funcional retrata mudanças na rotina dessas pessoas como: afastamento da ocupação, do convívio social, alterações nas relações intrafamiliares e envolvimento no processo de reabilitação (FARIA, et al., 2017).

Além de contribuir para a morbidade e mortalidade, os danos causados ao indivíduo, à sua família e à sociedade pela limitação à realização de suas atividades de vida diária, pelos anos perdidos de produtividade e pelos elevados custos financeiros de hospitalização e reabilitação – transformam o AVE como relevante questão de saúde pública (COSTA, et al., 2015).

Estudos mostram que a maioria das pessoas idosas que sofreram AVE e se tornaram funcionalmente dependentes, experimentam altos níveis de estresse, baixa autoestima, isolamento social, ansiedade e depressão o que gera impacto na sua recuperação, qualidade de vida e sobrevida (STEIN, et al., 2018; BARTOLI, et al., 2018; ZHAO, et al., 2018).

Considerando o aumento da incidência de AVE e da prevalência de incapacidades resultantes desse agravo (STEIN, et al., 2018), principalmente nas pessoas idosas, se faz necessário a busca de conhecimentos nessa área, com a finalidade de contribuir para o fortalecimento de estratégias multiprofissionais e o direcionamento para a melhoria da assistência em saúde, que deve ter um olhar diferenciado à essa população, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicossociais, que podem favorecer para a sua recuperação e reabilitação.

Diante do exposto, tem-se como objetivo investigar a capacidade funcional em pessoas idosas sobreviventes de acidente vascular encefálico.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. Realizado com pessoas idosas sobreviventes de AVE, cadastradas em Unidades de Saúde da Família (USF), do município de João Pessoa-PB, Brasil, entre julho a novembro de 2018.

A amostra foi calculada a partir do total de internações de idosos, nos últimos seis meses anteriores à coleta, na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do referido município, o que correspondeu a 205 internações, conforme informações do Departamento de Informática (DATASUS, 2018). O tamanho da amostra foi definido utilizando o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo como base um intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% (Erro=0,05), correspondendo a uma amostra mínima de 134 indivíduos.

Foram definidos como critério de inclusão: pessoas idosas atendidas em uma das Equipes de Saúde da Família (ESF) sorteadas, ter tido AVE com tempo igual ou superior a três meses e apresentar pelo menos um tipo de sequela proveniente do AVE. Definiu-se como critérios de exclusão: comorbidade neurológica, afasia, diminuição significativa da audição, que pudessem impedir a compreensão dos questionários, e déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental (BERTOLUCCI, 1994).

A escolha das ESF para captação dos participantes ocorreu por meio de sorteio que selecionou 40 equipes. Para seleção dos idosos, foi solicitado aos enfermeiros das equipes selecionadas uma listagem de todas as pessoas idosas com sequelas de AVE cadastradas e com base nessa lista realizou-se um sorteio participantes por equipe. Posteriormente, ocorreu o contato prévio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área com os selecionados para convidá-los a participar da pesquisa e agendar o melhor horário para aplicação dos instrumentos.

Para obtenção das características sociodemográficas e de saúde dos participantes do estudo foi utilizado um instrumento semiestruturado com perguntas referentes ao sexo, faixa etária, situação conjugal, religião, escolaridade, renda individual, fonte de renda, características referentes ao AVE, presença de cuidador, tipo, parentesco e quantidade de cuidador.

A funcionalidade foi avaliada por meio do Índice de Barthel. Este instrumento avalia 10 itens referentes as atividades de vida diária. Cada resposta apresenta uma pontuação, com valor total de 0 a 100 pontos (MINOSSO et al., 2010). No presente estudo considerou-se a seguinte classificação: independente (100 pontos), dependência leve (91 a 99 pontos), dependência moderada (61 a 90 pontos), dependência severa (21 a 60 pontos) e dependência total (0 a 20 pontos) (GRANGER; ALBRECHT; HAMILTON, 1979).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Programa **Microsoft Excel** versão 2011 com dupla digitação, visando garantir a confiabilidade em sua compilação. Posteriormente, foram importados para o software **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)** versão 22.0 e analisados por meio de estatística descritiva.

A pesquisa foi desenvolvida conforme os aspectos éticos que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Houve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, conforme parecer nº 2.994.882. Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa, bem como dos possíveis riscos, benefícios e confidencialidade, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na distribuição do perfil sociodemográficos dos idosos, observou-se maior frequência do sexo masculino (54,5%), faixa etária de 60 a 69 anos (63,4%), casados (59,0%), católicos (59,0%), com escolaridade de um a quatro anos de estudo (49,3%), renda individual de um a três salários mínimos (78,4%) e fonte de renda de aposentadoria (66,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	73	54,5
Feminino	61	45,5
Faixa etária		
60-69 anos	85	63,4
70 ao mais	49	36,6
Situação conjugal		
Casado	79	59,0
Viúvo	32	23,9
Solteiro	12	9,0
Divorciado	11	8,2
Religião		
Católico	79	59,0
Evangélica	37	27,6
Não tem religião	10	7,5
Espírita	7	5,2
Testemunha de jeová	1	0,7
Escolaridade		
Analfabeto	15	11,2
1 - 4 anos de estudo	66	49,3
5 - 8 anos de estudo	31	23,1
9 - 12 anos de estudo	15	11,2
13 anos ou mais	7	5,2
Renda individual*		
< 1 salário mínimo	5	3,7
1 a 3 salários mínimos	105	78,4
4 a 5 salários mínimos	5	3,7
5 ou mais salários mínimos	7	5,2
Não tem renda	12	9,0
Fonte de renda		
Aposentadoria	89	66,4
Atividade remunerada	15	11,2
Pensão	13	9,7
Não tem renda	10	7,5
Doação	3	2,2
Benefício	2	1,5
Aluguel	2	1,5
Total	134	100,0

* Salário mínimo vigente em 2018= 954,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Nessa pesquisa, fizeram parte 134 pacientes idosos que sofreram um ou mais episódios de AVE. Considerando a idade, percebe-se que somado as sequelas causadas pelo AVE, as comorbidades, muitas vezes apresentadas pelos idosos, podem refletir numa maior dependência.

No que concerne às características sociodemográficas, observou-se neste estudo um predomínio do sexo masculino, corroborando com uma pesquisa realizada com idosos com AVE em diferentes serviços de saúde no município de São Paulo-SP (CRUZ; DIOGO, 2009). Quanto ao estado civil, a maioria eram casados, produzindo aspectos positivos, pois a figura de um companheiro, como participante no processo de tratamento, auxilia no enfrentamento da doença e resulta em menor repercussão afetiva (VIEIRA; ARAÚJO; VARGAS, 2012).

Referente à escolaridade, prevaleceu os indivíduos com baixo nível de estudo, entre um a quatro anos. O resultado exposto corrobora com um estudo realizado em Maceió-AL que avaliou a qualidade de vida de pacientes após o AVE em reabilitação, o qual evidenciou que 86,4% dos pacientes não ultrapassaram o ensino fundamental (RANGEL, BELASCO E DICCINI, 2013).

O menor nível educacional tem sido associado à elevada incidência de AVE, principalmente quando combinada aos fatores socioeconômicos e culturais e dificuldade de acesso à informação, além de dificultar a conscientização dos cuidados com a saúde, aderência ao tratamento e manutenção de estilo de vida, enquanto, escolaridade mais elevada aponta para o aumento da sobrevida, melhor controle de fatores de risco das doenças cardiovasculares e maior capacidade de retornar ao trabalho (RANGEL, BELASCO E DICCINI, 2013).

Com relação à renda pessoal, o estudo mostrou que grande parte recebia apenas entre dois a três salários mínimo e proveniente principalmente da aposentadoria. A baixa renda, na maioria das vezes, está relacionada ao baixo grau de escolaridade ou, em alguns casos, decorre do afastamento das atribuições profissionais em decorrência do agravamento da enfermidade, passando a receber uma aposentadoria inferior ao que recebia anteriormente, acarretando prejuízos financeiros que sobrecarregam significativamente o cuidador (LOUREIRO e et al., 2013).

Além disso, ressalta-se a associação entre menor renda a uma maior exposição a fatores de risco, uma menor preocupação com a saúde e uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, bens de consumo, alimentos saudáveis e educação, ficando, portanto, mais vulnerável às morbidades e a uma menor qualidade de vida (RANGEL, BELASCO E DICCINI, 2013).

A Tabela 2 demonstra as características do AVE. A maioria referiu o último AVE há mais de um ano (61,2%), tipo isquêmico (67,2%), um episódio (62,7%), com predomínio de sequelas motoras (66,4%) e fraqueza muscular (45,5%). Sobre a reabilitação, 48,5% fizeram ou fazem reabilitação, prevalecendo a fisioterapia (47,8%).

Tabela 2 - Distribuição dos dados referente às características do AVE de pessoas idosas. Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Variáveis	n	%
Último AVE		
3- 5 meses	37	27,6
≥ 6 meses - 1 ano	15	11,2
> 1 ano	82	61,2
Tipo do último AVE		
Isquêmico	90	67,2
Não sabe	30	22,4
Hemorragico	14	10,4
Quantidade de AVE		
1	84	62,7
2-3	46	34,4
≥4	4	2,9
Tipo de seqüela*		
Limitação motora	89	66,4
Fraqueza muscular	61	45,5
Déficit de sensibilidade	34	25,4
Distúrbio de humor	28	20,9
Disfagia	29	25,4
Alteração visual	22	16,4
Paralisia facial	11	8,2
Fez/faz reabilitação		
Não	69	51,5
Sim	65	48,5

Variáveis	n	%
Tipo de reabilitação*		
Fisioterapia	64	47,8
Fonoaudiologia	7	5,2
Psicoterapia	6	4,5
Terapia ocupacional	1	0,7

* Variável com mais de uma opção de resposta.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

No tocante às características clínicas dos pacientes idosos, o tipo de AVE isquêmico teve uma maior prevalência. Esse dado é semelhante ao de outras pesquisas relacionadas a indivíduos acometidos por AVE (PEREIRA, et al., 2013; COSTA, et al., 2015). Quanto as sequelas, teve predomínio da motora, tendo a fisioterapia como a principal reabilitação, esta que engloba aspectos físicos, motores e funcionais e é fundamental para promover a independência e autonomia. Para reabilitar e habilitar alguém novamente de algo que foi perdido é fundamental o envolvimento de uma equipe multidisciplinar (MELO; LUCENA; SARAIVA, 2017; MACHADO et al., 2018).

Na avaliação da funcionalidade, identificou-se que 86,6% dos idosos apresentaram algum grau de dependência, com predomínio de dependência moderada (48,5%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil da capacidade funcional de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

Capacidade funcional	n	%
Dependência total	10	7,5
Dependência grave	28	20,9
Dependência moderada	65	48,5
Dependência leve	13	9,7
Independência	18	13,4

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Na avaliação da funcionalidade, observou-se que a maioria apresentava alguma dependência para realização das AVD's, com predomínio de dependência moderada, ou seja, necessidade de assistência em até 25% das tarefas realizadas. Corroborando com outras

pesquisas (LIMA, et al., 2019; COSTA, et al. 2020). Esse achado pode ser justificado pelo comprometimento físico causado por essa doença, que interfere na autonomia e independência, como por exemplo: hemiplegia, disfagia, paralisção facial, fraqueza muscular, déficits de sensibilidade, alterações visuais, afasia, dispraxia oral e dispraxia de fala, disartria e déficit cognitivo (LIMA, et al., 2019; FARIA, et al., 2017).

Os estudos enfatizam a importância de um plano de cuidados específico, com ações que possam retardar o aparecimento das incapacidades e viabilizar a reabilitação, quando detectadas, para reduzir a dependência e promover melhor qualidade de vida aos idosos (COSTA, et al. 2020).

A capacidade funcional é extremamente importante para a execução de diversos papéis desenvolvidos na sociedade e para a melhoria da qualidade de vida (CRUZ; EMMEL, 2013; RANGEL; BELASCO; DICCINI, 2013). Pesquisa realizada com pacientes após o primeiro AVE enfatiza a importância e propõe um modelo de cuidado ao paciente que vai desde a internação hospitalar através de um plano de alta; atenção domiciliar, que se refere à assistência da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF); atenção informal, que envolve ação da família e de outros que cuidam do paciente; e o autocuidado, que compreende estratégias educativas para que a dependência seja minimizada até atingir a independência (PEREIRA, et al., 2013).

Nas atividades de vida de diária, observou-se maior necessidade de ajuda e dependência para caminhar (88,1%), subir escadas (75,4%) e alimentação (47,8%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das atividades de vida diária de pessoas idosas sobreviventes de AVE. João Pessoa – PB, Brasil, 2018. (n=134)

AVDS	n	%
Intestino		
Contínente	111	82,8
Acidente ocasional	15	11,2
Incontinente	8	6,0
Bexiga		
Contínente	14	10,4
Acidente ocasional	37	27,6
Incontinente	83	61,9
Higiene Pessoal		
Independente	94	70,1
Necessita de ajuda	40	29,9
Usar o banheiro		
Independente	91	67,9
Necessita de alguma ajuda	29	21,6
Dependente	14	10,4
Alimentação		
Independente	57	42,5
Necessita de alguma ajuda	64	47,8
Dependente	13	9,7
Transferir-se		
Independente	71	53,0
Ajuda menor	31	23,1
Ajuda maior	23	17,2
Incapaz	9	6,7
Caminhar		
Independente	16	11,9
Caminha com ajuda	11	8,2
Independente em cadeira de rodas	54	40,3
Incapaz	53	39,6
Vertir-se		
Independente	54	40,3
Necessita de ajuda	66	49,2
Dependente	14	10,5
Escadas		
Independente	33	24,6
Necessita de ajuda	71	53,0

AVDS	n	%
Incapaz	30	22,4
Banho		
Independente	103	76,9
Dependente	31	23,1

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

A independência funcional é avaliada através de dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas. No presente estudo a maioria das pessoas idosas necessitavam de ajuda para caminhar, subir escadas e se alimentar. Resultado semelhante ao encontrado em uma pesquisa em Minas Gerais-MG, em que os idosos com histórico de AVE mostraram incapacidade funcional para a execução das AVD's (AGUIAR, 2019).

A incapacidade funcional relacionada ao AVE pode ser esclarecida pelo fato de gerar consequências motoras e sensitivas no indivíduo, o que resulta em uma maior complexidade do idoso conseguir deambular de forma independente e realizar tarefas básicas de autocuidado (VELOSO, et al., 2016).

Em estudo realizado com pessoas pós-AVE, foi evidenciado negligência e falta de orientações das redes de apoio assistenciais na transição do cuidado da fase hospitalar para o contexto domiciliar, e em toda reabilitação, o que gerou insatisfação, medo, preocupações, e despreparo da família no cuidado ao paciente (SILVA, et al., 2016).

Desse modo, é imprescindível o envolvimento dos profissionais de saúde com vista a avaliar o paciente, as condições de moradia, o funcionamento familiar e conhecimento dos cuidadores em relação à patologia e os cuidados, para que possa elaborar intervenções no sentido de favorecer a recuperação, minimizar incapacidades e estimular o apoio emocional (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados expostos nessa pesquisa apresentam o predomínio de pessoas do sexo masculino, casados, com escolaridade de um a quatro anos de estudo, renda individual de um a três salários mínimos,

proveniente de aposentadoria. A maioria referiu o último AVE há mais de um ano, do tipo isquêmico, com predomínio de sequelas motoras e fraqueza muscular. Grande parte realizavam reabilitação, prevalecendo à fisioterapia. Na avaliação da funcionalidade, identificou-se que os idosos apresentaram algum grau de dependência, com predomínio de dependência moderada. E nas AVD's, observou-se maior necessidade de ajuda e dependência para caminhar, subir escadas e se alimentar.

Esse estudo tem importantes implicações para a prática e para a pesquisa em saúde, pois aponta caminhos para aperfeiçoar a abordagem as pessoas com sequelas de uma doença crônica e de grande incidência, como também direciona estudos futuros sobre as intervenções voltadas ao melhor enfrentamento das adversidades e promoção da percepção positiva de si mesmo

Neste sentido, urge a necessidade de se ampliar o conhecimento, por meio da realização de mais estudos científicos sobre a saúde da população brasileira, tendo em vista que a idade, sexo, fatores de risco, econômicos e sociais podem influenciar a incidência do AVE de forma diferente nas diversas regiões do Brasil.

AGRADECIMENTOS

O presente estudo foi realizado com a apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, B.M., *et al.*, Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 22, n. 2, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180163>. Acesso em: 12 de ago. 2021

BARBOSA, B.R, *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>. Acesso em: 11 de ago. 2021

BARTOLO, F. *et al.* Early Post-stroke Depression and Mortality: Meta-Analysis and Meta- Regression. **Frontiers in Psychiatry**, v. 9, n. 530. 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00530/full>. Acesso em: 02 de ago. 2021

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0004-282X1994000100001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** Brasília – DF. 72p. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 12 de ago. 2021

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS- Sistema **de informações hospitalares do SUS (SIH/SUS).** 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 02 de maio de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral.** 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_acidente_vascular_cerebral.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018

CRUZ, K.C., DIOGO, M.J. Evaluation of functional capacity in elders with encephalic vascular accident. **Acta Paul. Enferm.** v. 22, n.5, p. 666-672. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000500011>. Acesso em: 03 jul. 2021

CRUZ, D.M.C; EMMEL, M. L., G. Associations among occupational roles, Independence, assistive technology, and purchasing power of individuals with physical disabilities. **RevLatino-Am Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0484.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021

COSTA, T.F., *et al.* Perfil de indivíduos com sequela de acidente vascular encefálico. **Cultura de los Cuidados** (Edición digital), v.19, n. 42. 2015 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.12>. Acesso em: 09 jul. 2021

COSTA, A.F., *et al.* Capacidade funcional e qualidade de vida de pessoas idosas internadas no serviço de emergência. **Rev. esc. enferm.** 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019021203651>. Acesso em: 13 jul. 2021

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2018. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 10 dez. 2018.

FARIA, A. C. A., *et al.* Percurso da pessoa com acidente vascular encefálico: do evento à reabilitação. *Rev Bras Enferm*, v. 70, n.3, p. 520-528, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0495.pdf. Acesso em: 15 nov. 2018

GRANGER, C.; ALBRECHT, G.; HAMILTON, B. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. **Arch Phys Med Rehabil.**, [S.l.], v. 60, n. 4, p. 145-154, apr. 1979. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/157729>. Acesso em: 02 nov. 2018.

KARENY, S. J.; SILVA, O. B. R. N. The meaning of caring for a dependent elderly woman after a stroke. **Av Enferm.** v. 35, n. 2, 208-218. 2017. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200208&lng=em. Acesso em: 04 dez. 2018

LIMA, R.J., *et al.* Capacidade funcional e apoio social de pessoas acometidas por acidente vascular encefálico. **Rev. Bras. Enferm.**v. 72, n. 4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0854>. Acesso em: 12 jul. 2021

LOUREIRO, L.S.N. *et al.* Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Rev Esc Enferm**, v. 47, n. 5, p. 1133-1140. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/kVB7jz9q4ZhJgrBCM9kkqXN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 jun. 2018

MACHADO, W.C.A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto contexto - enferm.** v. 27, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>. Acesso em: 18 jul. 2019

MINOSSO, J.S.M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 dez. 2018.

MELO, F. R.; LUCENA, N. M.; SARAIVA, L. Atuação de fisioterapeutas na inclusão de alunos com deficiência física no ensino regular. **Revista Educação em Questão**, v. 55, n. 45, p. 176-199, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/1981-1802.2017v55n45ID12750>. Acesso em: 07 de jul. 2018

PEREIRA, R.A. *et al.* Burden on caregivers of elderly victims of cerebrovascular accident. *Rev Esc Enferm USP*, v. 47, n. 1, p. 185-192. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/en_a23v47n1.pdf. Acesso em: 18 ago. 2019

PELICIONI, M. C. X. *et al.* Functional versus Nonfunctional Rehabilitation in Chronic Ischemic Stroke: Evidences from a Randomized Functional MRI Study. *Neural Plasticity*, v.16, p. 10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/6353218>. Acesso em: 14 de jul. 2020

RANGEL, E.S.S; BELASCO, A.G.S., DICCINI, S. Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paul enferm.* v. 26, n. 2, p. 205-212. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/en_v26n2a16.pdf. Acesso em: 12 out. 2020

SILVA, J. K. *et al.* Survivors' perspective of life after stroke. *Rev Eletr Enf*, v. 18, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/download/34620/21190+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 31 jul. 2019

STEIN, L. A. Association Between Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Disorder and Outcomes After Ischemic Stroke. *Frontiers in Neurology*, v. 9, 2018. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2018.00890/full>. Acesso em: 13 ago. 2019

VELOSO, M.V. *et al.* Dependência funcional em idosos institucionalizados e o déficit de memória. *RIASE*, v. 2, n.3, p. 663-675, 2016. Disponível: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/144. Acesso em: 14 ago. 2019

VIEIRA, C. G. ARAÚJO, W. S.; VARGAS, D. R. M. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. *Revista Científica do ITPAC*, Araguaína, v. 5, n. 1, 2012. Disponível em: https://www.acimar-marialva.com.br/admin/arquivo_publicacoes/1380815497_cancer_de_prostata.pdf. Acesso em: 05 set. 2019

ZHAO, F. Y. *et al.* Clinical practice guidelines for post-stroke depression in China. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 40, n. 3, p. 325-334, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462018000300325&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 set. 2019

DESCOMPASSO DA EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS SOCIAIS PARA PESSOA IDOSA NO BRASIL

MARIA DA CONCEIÇÃO VASCONCELOS GONÇALVES

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, licavasconcelos@gmail.com; Membro do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe (NUPATI/UFS); Membro do Grupo de Pesquisa do Envelhecimento Humano; vice-líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentos, Formação em Serviço Social e Políticas Sociais (GEPSSO).

THAYANE FRANÇA DOS SANTOS

Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe – UFS, thayanee_lua@hotmail.com; Membro do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe (NUPATI/UFS).

EDNA FELIX

Graduada em Medicina (UFS, 1976); Especialista em Saúde Pública; Saúde Coletiva; Saúde Ocupacional; Medicina do Trabalho; Perícia Médica; Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde; Graduanda do Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe – UFS, efelixfelix@hotmail.com; Membro do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe (NUPATI/UFS).

VERA NÚBIA SANTOS

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP, venus_se@uol.com.br; Membro do Núcleo de Pesquisa e Ações da Terceira Idade da Universidade Federal de Sergipe (NUPATI/UFS); Membro do Grupo de Pesquisa do Envelhecimento Humano; líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Fundamentos, Formação em Serviço Social e Políticas Sociais (GEPSSO).

RESUMO

O texto aborda sobre as políticas sociais e suas propostas para os direitos sociais, principalmente das pessoas idosas. Aponta criticamente a efetividade dessas políticas na conjuntura brasileira atual, considerando os desafios impostos. Para sua execução fez-se necessário a compreensão do que é política social, o que ela representa no Brasil e como se efetiva na garantia dos direitos da pessoa idosa. A pesquisa bibliográfica foi utilizada de forma crítica e reflexiva para abordar o conceito de política social, envelhecimento e estratégias para efetivar os direitos sociais da pessoa idosa. A pesquisa documental utilizou como fontes a legislação brasileira. Os resultados indicam que o envelhecimento humano no Brasil segue um processo de aceleração desde a segunda metade do século XX e que as respostas a esse processo são dadas, principalmente, por meio de uma legislação pertinente, que se volta para várias áreas e políticas sociais. Observa-se, porém, que há um descompasso na sua efetividade, uma vez que não se traduz em acesso a esses direitos, de forma a garantir a sua universalização, como se percebe nas várias análises de pessoas estudiosas sobre a temática. Destarte, constatou-se que apesar da existência de diferentes aparatos políticos que buscam viabilizar os direitos sociais da pessoa idosa na prática o exercício deles não se efetiva por completo na sociedade brasileira. Pressupõe-se o exercício do controle social como um passo fundamental na superação desse descompasso.

Palavras-chave: Envelhecimento, Pessoa Idosa, Políticas sociais, Direitos sociais, Efetividade.

INTRODUÇÃO

A proposta desse texto é trazer algumas reflexões sobre as políticas sociais direcionadas as pessoas idosas, dado o progressivo envelhecimento da população mundial e, em específico da população brasileira, tornando-se um fenômeno sociopolítico a partir das novas necessidades das pessoas idosas e das condições estruturais e históricas em que é produzido. Entende-se que essas necessidades são relacionadas não somente à dimensão biológica, mas também psicológica, econômica, social e de cidadania. Como ressaltam Escobar e Moura (2016, p.38) “[...] o Brasil tem 20,6 milhões de idosos, representando assim 10,8% da população total. As projeções indicam que, em 2060, o país terá 58,4 milhões de pessoas idosas, que representará 26,7% da população brasileira”, com base no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010.

O envelhecimento populacional constitui-se um fenômeno que se adensou a partir da segunda metade do século XX em todo mundo e está a exigir intervenções do Estado através de políticas sociais que, na sua maioria, são oriundas de processos de lutas avindas de organizações e movimentos sociais vinculados às pessoas idosas. Entre os objetivos desse texto destacam-se a identificação das políticas sociais articuladas à seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e à educação.

A compreensão de envelhecimento humano e das respostas sociais a esse processo exige que se busque efetivar um sistema de proteção social que assegure a instituição e o acesso às políticas sociais, que se configuram a forma para dar “consistência” aos direitos à pessoa idosa. Nesse sentido, há que se considerar o acesso aos direitos em cenários em que a própria dinâmica da sociedade exige manutenção das lutas desse segmento para sustentação das garantias legais.

No Brasil, observa-se que a Constituição Federal (BRASIL, 1988), e a legislação infraconstitucional que trata a questão da pessoa idosa, traz um suporte significativo para o enfrentamento do acelerado processo de envelhecimento humano que se adensou no final do século XX. Instituiu-se formalmente um sistema de proteção social à pessoa idosa que, a despeito das condições desfavoráveis à sua implementação,

dão margem para que esse segmento se fortaleça, caso mantenha em evidência as necessidades humanas básicas que lhes são atinentes, e que devem ser garantidas pelo Estado e pela sociedade.

O esforço de uma leitura crítica desse processo faz-se necessário em razão da percepção de que a efetividade das políticas sociais para pessoa idosa, não basta a existência de uma legislação que apresente o suporte para a concretude dos direitos garantidos: há que se buscar o pleno acesso a esses direitos, estimulados a partir da Assembleia das Nações Unidas sobre o envelhecimento, realizada em Viena no ano de 1982, que resultou na aprovação de um Plano Internacional de Ação centrado no envelhecimento humano, com 66 recomendações vinculadas a sete áreas de atuação, organicamente vinculadas a grupos de trabalho cujo foco era a economia e a política (CAMARANO, 2016).

Cabe destacar que mesmo considerando a questão do envelhecimento humano algo de fundamental importância para o mundo, especialmente nos países membros das Nações Unidas, urge pensar esse fenômeno na sua complexidade social, e nesse sentido, o presente texto busca articular, com ênfase na realidade brasileira, as respostas ao acentuado processo de envelhecimento populacional, tendo como percepção o descompasso da efetividade das políticas sociais no enfrentamento das demandas da pessoa idosa no país.

A estrutura do texto contempla além da introdução e considerações finais mais dois itens: Metodologia onde há uma breve descrição do caminho percorrido para elaborar o artigo e Resultados e Discussão, que destacam as principais categorias utilizadas, política social e envelhecimento, os autores/as que foram selecionadas, bem como a legislação pertinente e apresenta algumas reflexões sobre as políticas sociais da seguridade social (saúde, previdência e assistência social) e educação em relação com a discussão sobre envelhecimento humano.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a produção do presente artigo foi a pesquisa bibliográfica e a documental. A pesquisa bibliográfica partiu da seleção de alguns artigos onde foram realizadas leituras reflexivas de modo a apreender os diferentes encaminhamentos e efetivação das políticas sociais na garantia dos direitos sociais das pessoas idosas

no Brasil, enfatizando aspectos da conceituação de política social e da sua implantação na sociedade brasileira.

Realizou-se um levantamento bibliográfico priorizando os textos que tivessem relação com as políticas sociais no Brasil, o processo de envelhecimento humano e, sobre a garantia dos direitos da pessoa idosa no país. Devido a amplitude e complexidade da literatura houve a seleção de alguns textos para fundamentar os pontos discutidos nesse ensaio.

Desse modo, utilizou-se autoras como Yazbek (2008), Pereira (2006, 2007 e 2008) e Vieira (1985 e 2004) para refletir sobre a concepção de política social e sua materialidade na sociedade, Rocha (2009) que enfoca a importância do controle social articulado a descentralização e a participação, Chaves e Gehlen (2019), Camarano e Fernandes (2016), Paula (1992), Teixeira (2018), Faleiros (2016), Camarano (2016), Escobar e Moura (2016) foram essenciais para a questão do envelhecimento e dos direitos sociais. Além desses autores houve o acesso às políticas vigentes e à legislação direcionadas à pessoa idosa, como o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), Constituição Federal (BRASIL, 1988) e outras necessárias para compreender a dimensão de totalidade que envolve a temática (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 1991a; BRASIL, 1991b; BRASIL, 1993; BRASIL, 1995), também foram utilizadas para dar o suporte à compreensão do seu papel na relação entre o envelhecimento, os direitos sociais da pessoa idosa no Brasil. Assim, a legislação foi a principal fonte da pesquisa documental.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entende-se políticas públicas como sendo um conjunto de ações e decisões do governo, voltadas para agir diante de problemas da sociedade, com vistas a promover o bem-estar. Ressalta-se que as políticas públicas são fruto de uma relação dialética entre representantes do governo e da sociedade havendo uma correlação de forças entre eles. Convém frisar que nesse embate, em geral, o governo tem tido mais força na definição das alternativas propostas oriundas das diferentes expressões da questão social.

Outro aspecto a destacar é que “a política social, é uma espécie do gênero política pública” (PEREIRA, 2009, p. 92), ou seja, faz parte das políticas públicas e têm relação com o conceito de política, que expressa o exercício do poder, as disputas de interesses conflitantes. As políticas públicas são mais amplas envolvendo as políticas econômicas, as sociais, as de desenvolvimento urbano e outras. Entre as políticas sociais, nesse artigo, destaques serão dados àquelas relacionadas e atribuídas às pessoas idosas, conforme a vigente legislação brasileira. Elas representam as respostas dadas pelo Estado aos desafios do envelhecimento populacional frente às necessidades da pessoa idosa para sua evolução pessoal e coletiva com vistas ao envelhecimento ativo e saudável. Constata-se o quanto o Estado brasileiro precisa avançar para a execução e efetivação das ações de atenção integral à pessoa idosa envolvendo uma diversidade de políticas sociais como educação, alimentação, saúde, segurança e outras.

A partir desses pressupostos acima, nesse artigo a política social implica a intervenção do Estado abordando a sua materialidade na sociedade e como ela se concretiza na garantia dos direitos da pessoa idosa. Como revela Vieira (2004, p. 151) a política social, na perspectiva do materialismo histórico-dialético, é parte da estratégia da classe dominante, mais adequadamente da burguesia, ela mostra o controle do fluxo de força de trabalho no sistema de posições desiguais, existentes na economia de mercado, sendo fundamental vincular aos conceitos de história, de política, de Estado. Dessa forma, a política social atende a determinado Estado, a determinada classe social, a determinada ação política, as alternativas históricas de determinada conjuntura política, social e econômica. A concepção de Yazbek (2005, p. 76) reafirma esses aspectos quando enuncia a política social,

[...] como modalidade de intervenção do Estado no âmbito do atendimento das necessidades sociais básicas dos cidadãos, respondendo a interesses diversos, ou seja, a Política Social expressa relações, conflitos e contradições que resultam da desigualdade estrutural do capitalismo. Interesses que não são neutros ou igualitários e que reproduzem desigual e contraditoriamente relações sociais, na medida em que o Estado não pode ser autonomizado em relação à sociedade e as políticas sociais são intervenções condicionadas pelo contexto histórico em que emergem.

Essas considerações acima mostram a complexidade do conceito de política social e a necessidade de apreendê-la além da visão pragmática de mera provisão ou alocação de decisões tomadas pelo Estado e aplicada verticalmente na sociedade, como está presente nas concepções fundamentadas na perspectiva funcionalista. Ela tem que ser vista simultaneamente positiva e negativa beneficiando interesses contrários de acordo com a correlação de forças, é este aspecto que a torna contraditória. Esses argumentos são elucidados por Pereira (2008, p. 166) quando diz,

Política como produto da relação dialeticamente contraditória entre estrutura e história e, portanto, de relações – simultaneamente antagônicas e recíprocas – entre capital x trabalho, Estado x sociedade e princípios da liberdade e da igualdade que regem os direitos da cidadania.

O processo de envelhecimento populacional ocorre de forma natural e segue em etapas diferentes ao longo do tempo. Envelhecer não é algo tão simples, pois envolve melhoria na qualidade de vida, previdência, aposentadoria, plano de saúde, entre outros. Tais fatores fazem com que o ato de envelhecer seja uma preocupação social, perpassando por todos os setores de políticas públicas. A população idosa necessita de cuidados mais específicos. O ser humano ao envelhecer não possui a mesma energia de antes, nem os órgãos funcionam com a mesma eficiência. Com isso, são necessárias amplas e efetivas políticas de saúde para esse segmento da população.

Além da saúde, existe a questão previdenciária. Muitos países adotam o sistema de aposentadoria para quem atinge o status de idoso, que é algo extremamente importante para pessoas nessa fase da vida e, no Brasil, a Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993) concede ao idoso o benefício de prestação continuada. No entanto, a aposentadoria gera gastos inevitáveis para o poder público com pagamentos de pensões e aposentadorias, o que preocupa as sérias lideranças governamentais dificultando a implantação e, principalmente a efetividade das políticas sociais ainda que instituídas por lei.

O envelhecimento é um direito social que as pessoas têm, sendo dever do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida, à saúde mediante a efetivação de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A garantia desses

direitos alcançados pela e para a população idosa brasileira se deu através de muitas lutas. Entre elas, as alcançadas com a implantação da Constituição Federal de 1988, que assegurou algumas garantias às pessoas idosas e impulsionou outros movimentos sociais para a conquista de políticas sociais voltadas para as pessoas idosas e aprovação de outros dispositivos legais como a instituição da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), da Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 1993), da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), e do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), instituído com a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira.

Ressalta-se que, com o crescimento demográfico da população idosa na perspectiva desse público para alcançar uma longevidade ativa e, observando os altos custos para uma atenção integral no contexto das políticas sociais, sobretudo, no âmbito das políticas públicas, temos a considerar que:

Face aos novos riscos sociais, todos os países do mundo, desde os tradicionalmente mais generosos, como os escandinavos, até os mais relutantes na prática extensiva da proteção social, como os Estados Unidos, têm concluído que não podem aumentar os gastos sociais frente a demandas cada vez maiores, que tendem a se concentrar em duas áreas: i) na velhice, requerendo aumento de pensões e aposentadorias, além de despesas com saúde; e ii) no desemprego, exigindo uma variada gama de medidas de combate à pobreza e à ameaça de esgarçamento da coesão social. O problema é que essas demandas tendem a crescer continuamente porque o envelhecimento apenas começou e a estabilidade do desemprego e da precarização do trabalho é uma realidade de difícil reversão. (PEREIRA, 2011, p. 246).

Ainda na perspectiva do padrão invertido da pirâmide populacional brasileira com a progressiva elevação da população idosa, tem-se observado que, apesar da legislação brasileira instituída, as políticas sociais de atenção integral à pessoa idosa, ainda que estabelecidas, não são ou são minimamente efetivas, ficando as pessoas idosas à margem da sociedade, desprovidas de cidadania, dos direitos que lhes são instituídos, conforme citação abaixo:

Há um descompasso entre esse envelhecimento rápido da população e a implementação de políticas concretas, embora tenha havido um marco legal para defini-las, sem a esperada e necessária proatividade do poder público, assim acentuando-se a responsabilização da família e do próprio idoso por seu bem-estar. Apesar dos textos legais pós-Constituição Federal de 1988 (CF/1988), principalmente da Política Nacional do Idoso (PNI) de 1994 e do Estatuto do Idoso de 2003, vale acentuar que as formas de atenção à pessoa idosa vêm sofrendo incursões e modificações, no entanto a configuração de uma política articulada, abrangente e eficiente para essa população ainda se mostra incipiente (FALEIROS, 2016, p.537).

Dentre as políticas públicas, minimamente efetivadas para a pessoa idosa no Brasil encontra-se a educação, reduzindo-lhe o direito à cidadania, visto que a educação e a escolarização são condições para o exercício do protagonismo, sendo a política de escolarização para as pessoas idosas uma das maiores deficiências na implementação da cidadania, na efetivação de direitos e na participação de modo que a pessoa idosa perpassa pelo seu processo de envelhecimento de forma ativa e participativa.

[...] Com efeito, é por meio da escolaridade que se aumentam as chances de adesão a medicamentos, exercícios, saúde bucal, redução da violência (Faleiros, 2007). Mascarenhas et al. (2012) constatam que as notificações de violência no sistema de saúde são de 87,5% para pessoas com oito anos de estudo ou menos e de 12,5% para pessoas com nove anos ou mais de estudo. Botoni et al. (2014, p. 11) dizem que "o envelhecimento bem-sucedido pode ser privilégio de classes mais favorecidas". No tocante ao direito à educação, pode-se constatar que ele foi negado à boa parte da população idosa ao longo de sua trajetória de vida, reduzindo sua cidadanização. (FALEIROS, 2016, p. 556).

É altamente relevante para a promoção da cidadania da pessoa idosa o advento da **universidade aberta aos idosos**, onde uma das iniciativas em matéria de educação foi a criação das universidades da terceira idade, pioneiramente, instituída na França, em 1973 e, no Brasil, essa iniciativa começou na Universidade Federal de Santa Catarina, em 1983, como cita o autor Vicente de Paula Faleiros (2016, p. 556), com base em Palma (2000) e Veras e Caldas (2004):

[...] Na França, já se esboçava tal universidade, com a primeira instituição estabelecida em 1973, em Toulouse, e se considerava a velhice como uma etapa de transformação das suas condições e não de estagnação, cunhando-se o termo terceira idade ou velhice bem-sucedida. No Brasil, essa iniciativa existe na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) desde 1983 e na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no Rio Grande do Sul, desde 1985, ampliando-se na década de 1990 (Palma, 2000). A Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ) foi formalizada, em 1993, como centro de convivência e de formação (Veras e Caldas, 2004).

Entende-se que a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos e universidades para a terceira idade vem aumentando, ainda que, de maneira heterogênea entre a população das diferentes regiões brasileiras. Nesse sentido, a universidade voltada para o segmento da população idosa precisa ser considerada um cenário privilegiado para estimular a participação social, ampliar as discussões sobre as demandas das políticas públicas e resgatar a dignidade e a cidadania da pessoa idosa.

Observe-se que o envelhecimento humano no Brasil tem sido pautado com respostas além do trato da saúde, com a compreensão da complexidade que o tema exige, pois envolve aspectos econômicos, políticos, jurídicos e sociais, e exige assim ser considerado, na sua completude. Ao mesmo tempo em que esse processo acelera-se a partir da segunda metade do século XX, o Estado assegura proteção social por meio das legislações infraconstitucionais e, contraditoriamente, associa-se a um projeto neoliberal que “mina” a justiça social e as políticas sociais que surgem para garantir.

Chaves e Gehlen (2019), ao problematizarem sobre o descompasso entre o que se defende como proteção social e a adesão ao projeto neoliberal no país, sinalizam que se infirmaram muitas conquistas sociais, dentre as quais se incluem aquelas voltadas às demandas das pessoas idosas. Sob o discurso da justiça social e da igualdade de direitos, o manto do neoliberalismo fortaleceu esse descompasso, incorporando um termo chave para “atender” (ou para contrapor) às lutas pelos direitos: qualidade de vida.

[...] O conceito de qualidade de vida passou a ser uma tônica na maioria dos discursos e políticas relacionadas às estratégias de desenvolvimentos local e nacional, constituindo-se parâmetro para o planejamento de ações governamentais direcionadas a interferir nos índices e indicadores sociais, tomados como medidas nos rankings internacionais entre as nações. (CHAVES; GEHLEN, 2019, p. 292-293).

Pensar a qualidade de vida para a pessoa idosa requer compreender que para responder social e politicamente às demandas que surgem do processo de envelhecimento humano, devem-se considerar aspectos que vão além da perspectiva da saúde. Nesse sentido, foi de fundamental importância a implantação de políticas públicas para pessoas idosas em países desenvolvidos já na década de 1970, expressão das respostas ao fenômeno do envelhecimento populacional nesses países (CAMARANO, 2016). O marco para disseminação dessas políticas deu-se a no início da década de 1980, com realização a Assembleia das Nações Unidas sobre o envelhecimento realizada em Viena em 1982, em que se instituiu “[...] uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa no período anterior à PNI [Política Nacional do Idoso]”, conforme explica Camarano (2016, p. 17, suprimimos), e que “resultou na aprovação de um plano global de ação [...] que tinha por objetivos] garantir a segurança econômica e social da população idosa, bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.” (CAMARANO, 2016, p. 17, suprimimos).

Historicamente, pensar a relação entre envelhecimento humano e política social sempre estiveram em destaque três políticas sociais: a Previdência Social, a Saúde e a Assistência Social, não necessariamente como políticas de direitos, mas como fonte de sustentação da vida da pessoa idosa. No Brasil, a saúde e a previdência cumpriram um papel importante para os segmentos inseridos no mercado de trabalho, e a assistência social, inicialmente como uma “forma” de ajuda a pessoas necessitadas, só ascende à condição de política pública com a Constituição Federal de 1988, que instituiu o chamado Sistema de Seguridade Social no Brasil, que articula as três políticas.

A Previdência Social traz como particularidade o fato de responder aos riscos da perda de capacidade momentânea ou definitiva para o

trabalho, aqui entendido como atividade laborativa. No Brasil, estrutura-se em três tipos, ou três regimes: Regime Geral de Previdência Social (RGPS, específico para trabalhadores(as) do setor privado, Regime Próprio de Previdência Social (RPPS), voltado para trabalhadores(as) do serviço público em todos os níveis, e o regime privado, denominado Previdência Complementar, de adesão facultativa. Citando Nolasco (2012), Camarano e Fernandes (2016, p. 265) ressaltam que “[...] os direitos relativos à previdência social podem ser considerados direitos sociais fundamentais que têm adquirido uma força normativa crescente e atingiram o seu mais alto grau nessa Constituição”.

Faz-se mister apreender esses direitos associados a uma determinada perspectiva de Estado, considerando o modo de produção em que se insere. No que diz respeito à relação entre Estado e produção capitalista, observa-se que o Estado desempenha quatro funções básicas:

Em primeiro lugar, o Estado desempenha a função de capitalista coletivo ideal, segundo a qual atua na criação de condições materiais genéricas para a produção (isto é, a infra-estrutura necessária ao desenvolvimento do capital em seus diferentes ramos - energia, transporte, comunicações, etc.). Essa função inicial do Estado pode ser constatada desde o período da acumulação primitiva do capital e, após a existência de um curto período de capitalismo concorrencial, ganha ênfase novamente com o surgimento das condições monopolistas de produção. Em segundo lugar, o Estado contemporâneo desempenha na produção a função de árbitro, através da criação e sustentação do sistema geral de leis, destinado a regulamentar as relações sociais fundadas na e destinadas à produção de mercadorias. Subsidiariamente, uma terceira função agrega-se a esta última: o Estado regulamenta as relações entre capital e trabalho assalariado, intervindo desde um ponto exterior no conflito de classes e completando o conjunto de condições internas para a produção. Finalmente, uma última, mas não menos importante função consiste na política comercial externa desempenhada pelos Estados contemporâneos, através da qual logram prover as condições necessárias à expansão do capital nacional total no mercado internacional. (ASPECTOS ECONÔMICOS, 2011, n. p.).

Como um dos sujeitos políticos dessa relação, ao Estado capitalista cabe estabelecer condições para propiciar que o processo de produção capitalista tenha como anteparo as condições que permitam a reprodução social. Ao incorporar as demandas das classes (que são expressões da relação capital e trabalho) e responder com força das políticas sociais, o Estado cumpre suas funções, ainda que o movimento da sociedade, aliado às necessidades de produção e à sempre anunciada crise do capital, suscite o tensionamento que historicamente possibilita a cessão de direitos à classe trabalhadora. A instituição de um Estado de Bem-Estar, marco do Estado nos momentos pós-Guerra, foi decisivo para que os direitos sociais aos poucos constituídos das lutas de classes, tivessem eco nos países do ocidente, garantindo acesso a um sistema de proteção social que responde decisivamente pelo atendimento às necessidades sociais, nos termos que apresenta Pereira (2006).

A autora salienta, ainda que apresente polêmicas intelectuais e políticas, a teoria das necessidades humanas básicas pode ser útil em um país capitalista periférico como o Brasil, onde ainda que alce o rótulo de "Estado de Bem-Estar", ampara-se no atendimento e estímulo a "demandas e preferências individuais, [que] privaram a política social de guiar-se por uma racionalidade coletiva que funcionasse como um antídoto ao clientelismo, ao populismo e ao voluntarismo." (PEREIRA, 2006, p. 186).

Há que se considerar, todavia, que as políticas sociais juntamente com a legislação são essenciais para o Estado assegurar, os direitos dos cidadãos, em especial, das pessoas idosas. Essas ferramentas legais servem de aparato para reger a conduta social para com as pessoas idosas e sua liberdade. Nessa perspectiva torna-se relevante ressaltar o controle social, um dos mecanismos previstos na Constituição de 1988, que possibilita à sociedade civil formular, acompanhar, monitorar e cobrar do governo a execução das políticas conquistadas. O desenho institucional de política social a partir da Constituição de 1988 está fundamentado na gestão democrática envolvendo a descentralização e a participação de modo que a gestão das políticas ocorra de forma inter-relacionada entre os três níveis, municipal, estadual e federal.

Os artigos da CF/1988, em especial os 194 a 227, enfatizam a participação popular através de canais propositivos e deliberativos, tais

como, conselhos, conferências, fóruns e outros, capazes de contribuir na formulação das políticas sociais e no controle das ações em todos os três níveis. Esses dispositivos legais induziram distintos movimentos sociais a exigir a regulamentação das políticas públicas nas diversas áreas, a exemplo da saúde, assistência, previdência, educação e outras. (ROCHA, 2009). Como resultado, em sequência, foram aprovadas leis que possibilitaram a criação de distintos conselhos, na década de 1990, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b); o Conselho Nacional da Previdência Social (CNPS), Lei nº 8.213/1991 (BRASIL, 1991a); o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Lei nº 8.242/1991 (BRASIL, 1991b); o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), Lei nº 8.742/1993 (BRASIL, 1993); o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), Lei nº 8.842/1994 (BRASIL, 1994) e Conselho Nacional de Educação (CNE), Lei nº 9.131/ 1995 (BRASIL, 1995). Os conselhos devem representar os interesses coletivos e não pessoais. Entretanto, apesar de ser legalmente estabelecido esses mecanismos, somente isso não traz a segurança de que será cumprido socialmente. Diversos fatores da vida em sociedade interferem na efetividade de uma política pública e social, a falta de informação, impunidade e o preconceito são exemplos que interferem na concretização das políticas. Resquícios de uma cultura autoritária ainda se fazem presentes na sociedade brasileira onde ocorre, principalmente, em municípios pequenos, a manipulação política junto aos conselhos.

Quando se trata da Constituição Federal de 1988, da Política Nacional do Idoso (PNI), do Estatuto do Idoso, da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) e da Política pública de saúde abordados nesse trabalho, deve-se entender não somente o que eles representam e garantem, mas também os empecilhos enfrentados para a concretização deles.

A priori, a instituição da Constituição de 1988 traz consigo os artigos 1º, 5º e 230, que representam os direitos fundamentais de todo e qualquer cidadão, a igualdade perante a lei e o cuidado com a pessoa idosa, respectivamente. Porém, observa-se que a violação deles é recorrente e quando relacionada a pessoa idosa é mais negligenciado, devido aos estereótipos negativos acerca do processo de envelhecimento.

A Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso criou o Conselho Nacional do Idoso, instância maior de participação do movimento social das pessoas idosas para reivindicar os direitos sociais em todo contexto das políticas públicas e sociais.

Por outro lado, a participação da pessoa idosa em equipamentos sociais, grupos e universidades para a terceira idade, ainda que de forma heterogênea entre a população das diferentes regiões brasileiras vem aumentando. Aqui cabe um reforço ao papel da Universidade Aberta à Terceira Idade, em suas várias denominações, por se observar, dentre as alternativas apontadas pela PNI à política de educação, ter uma forte recepção em nível nacional, e é nesse sentido que a universidade voltada para o segmento da população idosa precisa ser considerada um espaço privilegiado para estimular a participação social, ampliar as discussões sobre as demandas das políticas públicas e resgatar a dignidade e a cidadania da pessoa idosa. Assim se pleiteia a legislação brasileira vigente e estatuída em seus propósitos e objetivos na valorização e no alcance de uma longevidade saudável e ativa das pessoas idosas.

A **política nacional de saúde da pessoa idosa**, estabelece entre suas diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral à saúde da pessoa idosa, o estímulo às ações intersectoriais visando à integralidade da atenção e o provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa. O conceito de integralidade, extraído da Lei Orgânica da Saúde, no Artigo 7º, Inciso II, prevê a existência de “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. (BRASIL, 1990a, n.p.)

A condição funcional da pessoa idosa estabelece condições de ações de atenção primária, secundária e terciária, assim como de reabilitação para a recuperação da máxima autonomia funcional, prevenção do declínio funcional e recuperação da saúde e compete aos conselhos de idosos nacional, estadual e municipal, enquanto controle social, defender e reivindicar os direitos alcançados nos movimentos de luta dessa categoria populacional tão crescente hoje no Brasil e no

mundo. Uma das alternativas indicadas é a proposta do envelhecimento ativo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

O envelhecimento ativo 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. [...] Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 13).

Concepção relevante que suscita fazer uma referência à saúde no Brasil, e em especial, a da população idosa brasileira. O Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS) tem um dos modelos mais avançados quanto a sua proposta e capilaridade para atender a população. No entanto, é observado que:

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é muito insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a efetivação de direitos dos idosos, a ampliação da ESF, que revelou a presença de idosos e famílias frágeis, em situação de grande vulnerabilidade social, e a inserção ainda incipiente das redes estaduais de assistência à saúde do idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), conforme Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Tal política estabeleceu a centralidade da ação da saúde na promoção do envelhecimento ativo, da capacidade funcional do idoso, da atenção integral, integrada e de qualidade da participação social (FALEIROS, 2016; p.554).

Com referência à política pública da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, esse sistema dispõe de Programas de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que os afetam, no entanto, o

acesso é de difícil consecução de forma universal e igualitária, fugindo sempre os Estados e os municípios da sua responsabilidade legal.

Relativo à política social da saúde instituída, constitucionalmente, no Brasil pela Lei Orgânica da Saúde, em 1990, pode-se observar que essa política não vem sendo efetiva de modo equânime e universal ocorrendo déficit na atenção integral da saúde da pessoa Idosa, especialmente no tocante ao acesso aos diversos equipamentos do SUS tais como: unidades básicas de saúde, centros especializados, urgência /emergência, rede hospitalar e outros.

Além da saúde, faz-se necessário aproximar o debate a outras políticas sociais. A Constituição de 1988 afirma no art. 203 **a assistência social** enquanto política pública, não contributiva para todo e qualquer cidadão que dela necessitar. Em relação a política de assistência social constata-se a presença de dispositivos legais direcionados a pessoa idosa entre eles, o Benefício de Prestação Continuada – BPC. No Brasil a população de pessoas **idosas**, financeiramente desassistida, está resguardada com um ínfimo BPC, instituído pela **LOAS** (Lei 8.742/93), desde que o **idoso** tenha 65 anos ou mais, não receba benefício previdenciário (aposentadoria ou pensão) e esteja inserido na realidade de vulnerabilidade socioeconômica (renda per capita familiar muito baixa no nível de até $\frac{1}{4}$ de 1 salário-mínimo), para a manutenção da vida, quando comprovado a ausência de condições financeiras. Embora a LOAS seja uma das políticas mais concretizadas, a sua existência ainda é pouco conhecida e dissipada, isso traz dificuldade o acesso e a garantia dos direitos primordiais de parte da população que deveria ser atendida. Na assistência social, ao longo do tempo, desde quando instituída a LOAS com o irrisório benefício de prestação continuada pode-se observar a tão difícil subsistência da população idosa beneficiária, onde tenha que resistir a essa política de fome.

A **Política Nacional do Idoso**, instituída pela Lei 8.842 de 04/01/1994, a situação não é tão distinta, visto que mesmo que tenha por objetivo, em seu art. 1º “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, na prática esse intuito não é objetivado. Observa-se que, ao longo dos anos, a Lei não atingiu seus objetivos pois, o que vem ocorrendo no Brasil é a predominância de políticas de governo em detrimento de políticas de Estado, seja pelos os órgãos

públicos ou pela população os objetivos defendidos pela PNI são violados e, muitas vezes, ignorado.

O **Estatuto do Idoso** é imprescindível e um marco da luta pelos direitos das pessoas idosas, ele veio para assegurar, reafirmar o que foi garantido pela constituição, seja efetivado. Assim, ele explícita todos os direitos dos idosos na sociedade, além de, implicitamente, evidenciar que a velhice não significa inatividade e doença. Entretanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que a pessoa idosa tenha todas as suas condições de cidadã respeitada. Prova disso, é a universidade aberta, garantida no Capítulo V, art. 25 do Estatuto. Embora algumas Universidades pelo país tenham criado mecanismo para a inclusão da pessoa idosa ainda são em número reduzido e os problemas enfrentados são muitos, desde o acesso ao preconceito, o que deixa mais difícil a permanência no espaço universitário que é seu por direito.

Na **política social da educação**, as UNATIs vêm a passos lentos de forma que a inserção da pessoa idosa nas universidades brasileiras ocorre de forma heterogênea nas regiões; existe deficiência na divulgação das ações para a terceira idade nas universidades brasileiras. Embora limitada e não incorporada em todas as universidades autorizadas pelo Ministério da Educação, esse programa ainda surge como importante no que diz respeito à Política de Educação. A PNI indica que a questão do envelhecimento deve ser levada ao debate desde a educação básica, o que ainda não se verifica como efetividade da PNI no país.

No que diz respeito à **Previdência Social**, essa política tem sido alvo de controle do Estado no Brasil desde o início do século XX, com a Lei Eloy Chaves, de 1923, e "apresentou uma evolução considerável desde a sua concepção como resultado da luta política, principalmente no período da redemocratização" (CAMARANO; FERNANDES, 2016, p. 266). Durante todo esse século tornou-se compreendida como uma política expressivamente voltada para atender às demandas de trabalhadores(as) que contribuía, em sua maioria, para o regime ao qual estavam vinculados. Essa associação permitiu que a percepção do processo de envelhecimento no âmbito da previdência social fosse invisibilizada, ou somente percebida no que tange aos "riscos" à sua efetividade (CONSTATINI; ANSILIERO, 2017), o que deve ser percebido

como uma aparente crise que associa longevidade e **déficit** (TEIXEIRA, 2018), e que não incorpora a dimensão de solidariedade de classe que deve ser percebida como raiz de todo sistema de proteção social, inclusive com a implantação da previdência social.

Esse distanciamento histórico, ou registro a-histórico da compreensão da relação da previdência social com o processo de envelhecimento nas suas várias dimensões, impossibilita compreender como uma das marcas da previdência social a proteção à pessoa idosa. Teixeira (2018) propõe enfrentar o desafio da apreensão sobre o envelhecimento humano para além das duas dimensões opostas: aquela que reduz o processo ao seu aspecto demográfico, e por isso limitado às respostas de políticas sociais de âmbito econômico e da saúde, e aquelas que “[...] responsabilizam os indivíduos pela qualidade de vida que têm nessa fase da vida, sendo o envelhecimento ativo um dever deles próprios.” (TEIXEIRA, 2018, p. 128).

As contrarreformas da Previdência Social no Brasil, instituídas após a Constituição Federal de 1988 não atentam para uma percepção do envelhecimento humano e da qualidade de vida a ele associado.

Segundo Silva (2008a), a aposentadoria e sua generalização para os diferentes tipos de trabalho contribuíram para a caracterização da velhice como categoria política, ou seja, constituída de sujeito de direitos, detentores de privilégios legítimos, e cujo reconhecimento lhe permitia reivindicar benefícios em nome da categoria. Contraditoriamente, a aposentadoria associada a limitações físicas e a incapacidades gerou também modos de viver essa etapa marcados pelo isolamento, pela restrição nos papéis sociais, pela solidão, pela reclusão ao espaço doméstico, como tempo de descanso e de quietude, gerando sentimentos ambíguos na aposentadoria. (TEIXEIRA, 2018, p. 131).

Camarano e Fernandes (2016, p. 272-273) apresentam os benefícios a longo prazo até então vigentes no país, no sistema da previdência social brasileira: 1) No RGPS havia a aposentadoria por idade, aposentadoria por tempo de contribuição, aposentadoria especial, aposentadoria por invalidez, aposentadoria rural e pensão por morte; 2) No RPPS, o regime próprio de cada ente federado e a previdência complementar facultativa; 3) Aposentadoria privada, que cobre cerca de 0,4% da população; e 4) o Benefício da Prestação Continuada (BPC),

que, embora constitua-se um benefício da Política de Assistência Social, é liberado após análise da previdência social. Todos os benefícios previdenciários passaram por recente mudança com a “última” contrarreforma da previdência de 2019.

Observa-se, contudo, que outros elementos adensam negativamente as condições de vida da pessoa idosa com o impacto dessas contrarreformas, pois implicam em significativas mudanças na vida desse segmento. Nesse sentido, é importante lembrar que

[...] essas mudanças no sistema de seguridade social poderão ter implicações no envelhecimento das futuras gerações e da atual geração de idosos, como empobrecimento, exclusão das formas de proteção social, adoecimento no trabalho, exclusão precoce do mundo do trabalho formal, responsabilização familiar por esses idosos, tanto no cuidado quanto na garantia da sobrevivência, dentre outras consequências. (TEIXEIRA, 208, p. 136).

Os avanços nas políticas sociais para pessoas idosas no Brasil sinalizam que as formas de organização da sociedade e o papel do Estado para responder às demandas que surgem desse segmento por meio das políticas sociais ainda apresentam descompasso na sua efetividade. Urge considerar envelhecimento na sua totalidade, mas observando os elementos que particularizam a questão de classe, gênero e étnico-raciais, como possibilidade de refletir sobre a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os rumos das políticas sociais no Brasil sempre se voltaram para a relação entre a economia e a política, como uma marca que caracteriza o Estado brasileiro principalmente a partir da década de 1930 (VIEIRA, 1985), na sua forma dependente. Os avanços sociais, frutos das lutas de segmentos da sociedade, dentre eles os que representam a pessoa idosa, consagraram uma carta constitucional que se voltou a incorporar os direitos sociais como possibilidade de universalidade para a sociedade. No tocante à pessoa idosa, a Constituição expressou garantias de direitos naquilo que historicamente era concebida

como bem-estar. O envelhecimento humano é, então parte da proteção do Estado e assim deve ser incorporado.

Os fatores que criam as distinções no modo de envelhecer podem ser melhor compreendidos quando situamos a presente discussão na realidade brasileira e, ainda, em um contexto mais amplo: a sociedade capitalista. Situar os modos de envelhecer nos contextos político, econômico e social referidos solicita que façamos menção às fortes desigualdades sociais e econômicas e, também, às diferenciações regionais e culturais engendradas pela realidade brasileira que acabam por refletir também nos modos de vida e de existência dos sujeitos idosos, como também dos não idosos. (TEIXEIRA, 2018, p. 130).

À medida que se toma como garantia, o acesso às políticas sociais e suas configurações para as pessoas idosas é associado à compreensão do envelhecimento para além da dimensão de saúde e faz-se necessário ampliar os serviços e benefícios para as pessoas idosas, expressos na legislação infraconstitucional, especialmente a PNI, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional para Saúde da Pessoa Idosa, o que colide com uma nova perspectiva de estado. Contraditoriamente, "no Brasil, desde os anos de 1990, esses ajustes fiscais neoliberais vêm colidindo com as conquistas constitucionais e redirecionando o sistema de proteção social para um processo de focalização e de seletividade nos mais pobres." (TEIXEIRA, 2018, p. 135).

É importante ressaltar que apesar de estar na legislação a formulação de direitos sociais para a proteção da pessoa idosa e a institucionalização de espaços legítimos, tais como, os conselhos gestores, a sua criação foi fruto de intenso processo de mobilização.

Sendo assim, é notório que a garantia dos direitos sociais das pessoas idosas na legislação assim como a existência das políticas públicas voltadas para esse público não garante a sua efetividade na sociedade. É de suma importância os aparatos legais e os movimentos sociais em prol da melhoria e qualidade de vida da terceira idade, entretanto o caminho para sua materialidade no convívio social ainda é longo, visto que o termo "idoso" ainda está vinculado a adjetivos negativos como incapaz, frágil, doente, entre outros.

Para além disso, como evidenciado anteriormente, o exercício eficaz das políticas voltadas a pessoa idosa, tanto pela população quanto

pelos multiprofissionais responsáveis, exige superar o descompasso da efetividade das políticas sociais, sendo um dos caminhos possíveis amparar-se no controle social, que deve ser percebido como um dos passos seguros para essa efetividade, com a participação massiva das pessoas idosas, além do maior conhecimento e apropriação dos seus direitos e garantias pela pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

ASPECTOS ECONÔMICOS e políticos determinantes da política social brasileira. **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos**. CODE 2011. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011. Disponível em <https://ipea.gov.br/code2011/chamada2011/pdf/area2/area2-artigo19.pdf>. Acesso em 19 set. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Assinada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. 1991a. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.242, de 12 de outubro de 1991. Cria o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e dá outras providências. 1991b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8242.htm. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994 – Lei da Política Nacional do Idoso. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* - Seção 1 - 5/1/1994, Página 77. Brasília, DF, 1994.

BRASIL. Lei. n.º 9.131, de 24 de novembro de 1995. Altera dispositivos da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e dá outras providências. 1995. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9131.htm. Acesso em 20 set. 2021.

BRASIL. Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* - Seção 1 - 3/10/2003, p. 1. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 24 ago. 2021.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. A previdência social brasileira. In.: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (orgs.). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. 2016. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em 19 set. 2021.

CAMARANO, A. A. Introdução. In.: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K.C. (orgs.). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. 2016. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em 19 set. 2021.

CHAVES, H. L. A.; GEHLEN, V. R. F. Estado, políticas sociais e direitos sociais: descompasso do tempo atual. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 135, pp. 290-307, maio/ago. 2019. Disponível em <https://scielo.br/j/ssoc/a/xvX5NYGfjGWsdZbq4dkG4pQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 19 set. 2021.

CONSTANZI, R. N.; ANSILIERO, G. Os efeitos do envelhecimento na previdência social brasileira e as aposentadorias precoces. *Nota Técnica N.º 45*, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ipea, dez. 2017. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8575>. Acesso em 20 set. 2021.

ESCOBAR, K. A. A, MOURA, F. A. Análise de Políticas Sociais para Idosos no Brasil: um Estudo Bibliográfico. *Cadernos Uni-FOA*, Volume 11 nº 30 (2016). Disponível em: www.revistas.unifoa.ed.br. Acesso em 22 ago. 2021.

FALEIROS, V. P. A política nacional do idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. In.: ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K.C. (orgs.). *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*.

2016. Disponível em <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em 10 set. 2021.

PAULA, L. F. R. Estado e políticas sociais no Brasil. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26 (4): 114-27, p. 114-127, out./dez. 1992. Disponível em <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8744>. Acesso em 20 set. 2021.

PEREIRA, P. A. P. Formação em Serviço Social, política social e envelhecimento populacional. *Ser Social*, Brasília, n. 21, p. 241-257, jul./dez., 2007.

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. et al.(orgs). *Política social no capitalismo: tendências contemporâneas*. São Paulo. Cortez, 2008, p. 87 a 109.

PEREIRA, P. A. P. *Necessidades humanas*. Subsídios à crítica dos mínimos sociais. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

ROCHA, R. A gestão descentralizada e participativa das políticas públicas no Brasil. *Revista Pós Ciências Sociais*, vol. 6, nº11, 2009. Disponível em <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rpcsoc/article/view/790>. Acesso em 20 set. 2021.

TEIXEIRA, S. M. O envelhecimento e as reformas no Sistema de Seguridade Social no Brasil contemporâneo. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 126-137, jan./jul. 2018.

VIEIRA, E. São Paulo: Cortez, 2004.

VIEIRA, E. *Estado e miséria social no Brasil de Getúlio a Geisel*. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf> Acesso em 20 set. 2021.

YAZBEK, M. C. Estado e políticas sociais. *Revista Praia Vermelha*. Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, n. 18, primeiro semestre 2008, p. 72-94.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SALAS DE ESPERA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA COM IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

RAÍRA KIRLLY CAVALCANTE BEZERRA

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - RN, rairakirly29@gmail.com. Bolsista CAPES

PRISCILLA FERREIRA LEMOS

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – RN, priskfl@gmail.com. Bolsista CAPES

FRANCISCA PATRÍCIA BARRETO DE CARVALHO

Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- RN, patriciabarreto36@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de profissionais de saúde residentes, sobre atividades de educação em saúde abordadas em salas de espera com idosos hipertensos e diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde no interior do Ceará. **Método:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por profissionais residentes durante o período de setembro de 2019. As ações educativas, tinham como intuito estimular os idosos à responsabilidade pelo cuidado, apontando estratégias de promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis. Foram realizadas 05 salas de espera com a participação de aproximadamente 10 a 15 idosos atendidos na unidade. Os temas abordados tiveram enfoque no uso correto das medicações; sedentarismo e sua repercussão no desenvolvimento das doenças crônicas; a importância dos alimentos funcionais para prevenção e cuidado da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus; alimentos vilões no contexto das doenças cardiovasculares e perigos da obesidade. **Resultados:** Constatou-se que a sala de espera é um local favorável para atividades educativas em saúde, e para que essas ações tenham êxito é necessário que os profissionais a valorizem, realizando ações de educação em saúde não somente pontuais, a fim de impactarem positivamente na qualidade de vida dos usuários. **Conclusão:** As atividades educativas em salas de espera proporcionaram um maior vínculo entre os idosos da comunidade e profissionais de saúde, além de expandirem conhecimento sobre as temáticas abordadas, contribuindo para um estilo de vida mais saudável na população idosa. **Palavras-chave:** Educação em Saúde, Salas de Espera, Idosos, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo inteiro (BOZZA et al., 2009) (CARNELOSSO et al., 2010). Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são as que mais se destacam, constituindo um problema de saúde mundial (MAGRI et al, 2020), principalmente entre indivíduos mais velhos, o que gera incapacidade física para o idoso, comprometimento funcional, maior custo financeiro, ampliação da assistência na atenção básica, dentre outros problemas (FERREIRA et al, 2017).

Com o crescimento avançado do público idoso, é necessário a garantia que o mesmo seja sujeito ativo e reflexivo do seu papel na sociedade, possuindo direitos e deveres e participando da tomada de decisões sobre o seu processo de saúde/doença (CASTRO et al, 2018).

As DCNT no Brasil, geram um alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, para esse enfrentamento, necessita de maiores investimentos em vigilância, prevenção e promoção da saúde (SCHRAMM, et al., 2004). Diante desse cenário nacional, as ações educativas se destacam como uma prática essencial para as ações voltadas a intervenções preventivas, principalmente no que se refere às doenças crônicas. Tais doenças, por gerarem alta prevalência e morbimortalidade, são caracterizadas como problemas de saúde pública, criando a necessidade de elaboração de políticas voltadas para o aspecto educativo, que possam contemplar as necessidades da população portadora, assim como a de seus familiares (BRASIL, 2002).

O manejo da HAS, assim como da DM, se dá por mudanças no estilo de vida como atividade física regular, reeducação alimentar e perda de peso. Assim, a orientação adequada sobre o tratamento e o conhecimento das complicações tardias ocasionadas por essas patologias, podem melhorar a qualidade e aumentar a expectativa de vida desses pacientes (MIRANZI et al, 2008).

O tratamento dessas doenças, inclui além dos medicamentos e da alteração dos hábitos de vida. Segundo Brasil (2001), estratégias de educação que são responsabilidade da equipe multidisciplinar são fundamentais nesse processo. As ações educativas tem o intuito de

priorizar mudanças de comportamento, que beneficiem a condição clínica no contato dos profissionais de saúde com os indivíduos portadores de doenças crônicas, e o objetivo maior, deverá ser a educação, visto que ela beneficia o paciente, alivia seus medos e ansiedades no conhecimento e compreensão da doença, proporciona um enfrentamento positivo, e permite também agilizar o retorno das suas atividades sociais, além de maior efetividade do tratamento (FREITAS; SANTANA, 2002).

Ante a complexidade da problemática das doenças crônicas, mostra-se pertinente o comprometimento das equipes de saúde com ações e estratégias que visem à redução de fatores risco e da ocorrência de doenças crônicas, através de atividades de educação em saúde no âmbito dos diversos níveis de atenção à saúde, contribuindo para um estilo de vida saudável da população (DE AZEVEDO et al, 2018).

Ações realizadas coletivamente, permitem um processo integrador entre os usuários, em que a situação de um paciente ajuda o outro a entender melhor o processo da sua doença e, muitas vezes, auxilia na compreensão das complicações tardias que o DM e HAS causam, alertando a população para uma maior preocupação com sua saúde (OLIVEIRA et al, 2017).

Dessa forma, práticas de educação em saúde são necessárias para o controle de doenças crônicas, por incentivaram a adesão ao tratamento e proporcionarem ao usuário informações e orientações necessárias de forma a contribuir para a qualidade de vida (DE AZEVEDO et al, 2018), além de compor uma nova visão do processo saúde-doença-cuidado, uma vez que objetiva a promoção e o desenvolvimento do conhecimento, agregando saúde as pessoas envolvidas no processo (MARTINS et al, 2007), passando a ser considerada um processo social, capaz de modificar o comportamento do indivíduo. Está relacionada à implementação de ações problematizadoras dos profissionais de saúde, que valorizem a experiência cotidiana dos usuários e grupos sociais e incentivem a participação ativa do educando no processo. Envolve a adoção de abordagens planejadas sistematicamente e implementadas de forma não coercitiva, diferentemente do modelo tradicional e passivo de transmissão de conhecimento (IMAZU et al., 2015).

Um grupo de sala de espera pode atuar como um espaço em que as práticas de educação em saúde e, em última análise, a promoção da saúde, sejam potencializadas. Ela proporciona discussões acerca dos processos do cotidiano das pessoas, criando espaços para reflexões e posicionamentos críticos frente às ações destes na manutenção do bem-estar, promovendo participação ativa de todos usuários e não apenas das pessoas em risco de adoecer (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011).

De uma maneira bem geral, a sala de espera é um espaço no qual a comunidade é inicialmente acolhida, e onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais de saúde (SILVA et al, 2013). Faz parte da estrutura da Atenção Básica de Saúde, por ser um espaço coletivo, permitindo criar um local de reflexão. Outra qualidade deste espaço é possibilitar o acolhimento e maior vínculo entre profissionais da saúde e usuários por meio do diálogo e troca de saberes e experiências enquanto estes usuários aguardam o atendimento (REISDORFER et al, 2017).

Quando uma atividade é inserida nesse espaço se inicia um processo coletivo e participativo de educação em saúde. Dessa forma, as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam e expressam-se, ou seja, as pluralidades emergem através do processo interativo (RODRIGUES et al, 2009).

Este tipo de espaço é propício à prática da educação em saúde, que tem como intuito aproximar a comunidade dos profissionais e humanizar o cuidado. Em geral, são realizadas atividades preventivas ou que promovam a saúde (NORA; MÂNICA; GERMANI, 2009) e ampliação do vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população local (RODRIGUES et al, 2018).

Diante do exposto, o artigo tem como objetivo relatar a experiência de profissionais de saúde residentes, sobre atividades de educação em saúde abordadas em salas de espera com idosos hipertensos e diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior do Ceará.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, vivenciado em setembro de 2019, mês este que assim como o setembro amarelo é popularmente conhecido como setembro vermelho, em alusão ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares. A Unidade Básica de Saúde estudada,

situa-se na zona urbana de um município no interior do Ceará e atende aproximadamente uma comunidade de 9.000 mil habitantes. De acordo com o fluxograma da UBS, as segundas-feiras são destinadas para atendimento médico aos usuários hipertensos e diabéticos, composto majoritariamente por usuários da terceira idade.

No contexto do trabalho multiprofissional, as ações foram realizadas por profissionais da Residência Integrada em Saúde - Ênfase em Saúde da Família e Comunidade, da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE), composta por 2 enfermeiras, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 cirurgião dentista, 1 psicóloga e 1 assistente social. Esta formação em serviço objetiva ativar e capacitar lideranças técnicas, científicas e políticas a partir da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, no território.

Foram realizadas 5 atividades de educação em saúde nas salas de espera durante o aguardo do atendimento médico, sendo que a média dos idosos era de 10 a 15 participantes .

O quadro 1, retrata de forma mais detalhada as temáticas desenvolvidas e profissionais envolvidos no processo.

Quadro 1: Atividades realizadas nas salas de espera

Encontros	Temáticas abordadas	Profissionais responsáveis	Metodologia
1° Encontro	Alimentos funcionais e sua relação com a HAS e o DM	Nutricionista	Distribuição de panfletos sobre alimentos chaves no tratamento da HAS e DM
2° Encontro	Alimentos vilões no contexto das doenças crônicas	Enfermeiras; Nutricionista	Demonstração do quantitativo de sal e açúcar presente em alguns alimentos
3° Encontro	Uso correto das medicações	Enfermeiras; Nutricionista; Psicóloga	Entrega de cartilhas sobre a importância da utilização dos remédios no horário prescrito
4° Encontro	Sedentarismo e sua relação com o desenvolvimento de doenças crônicas	Fisioterapeuta; Nutricionista Enfermeiras	Utilização de slides mostrando dados epidemiológicos dos efeitos negativos do sedentarismo e doenças crônicas. Demonstração de práticas corporais
5° Encontro	Perigo da obesidade nas doenças crônicas	Fisioterapeuta; Nutricionista Enfermeiras; Psicóloga; Assistente Social; Cirurgião Dentista	Reprodução e discussão de trechos do filme: Muito além do peso

As ações foram realizadas em todas as segundas-feiras de setembro de 2019, aproximadamente as 08:00 horas da manhã, com duração média de 1 hora. A UBS tem como horário de funcionamento matutino de 07:00 as 11:00 horas, dessa forma, os idosos aos poucos iam chegando, se aglomerando e antes de iniciar o atendimento médico efetuavam-se as atividades educativas. Os profissionais residentes revezavam-se na condução das ações de acordo com a semana, porém no último encontro todos participaram do momento.

As temáticas foram escolhidas devido a realidade local da comunidade, visto que o número de idosos com HAS e DM era cada vez mais crescente no bairro. Dessa maneira, durante cada planejamento semanal, os residentes em conjunto, debatiam sobre possíveis temas e no final escolhia a temática que na visão de ambos poderia ter uma maior reprodução e continuidade com a população estudada, além de promover maior cuidado e autonomia para a população com idade mais avançada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Notou-se que algumas temáticas abordadas não eram tão conhecidas por parte de alguns usuários e por isso levantaram maiores questionamentos, como foi observado nos seguintes assuntos: Alimentos funcionais e sua relação com a HAS e o DM e alimentos vilões no contexto das doenças crônicas. Foi possível observar também, que nas atividades envolvendo os outros assuntos, os pacientes participaram mais, opinaram e relataram experiências pessoais vividas conforme os mesmos iam sendo abordados.

O panfleto exposto sobre os alimentos funcionais chaves no tratamento da HAS e DM, trazia um breve esboço do que seria um alimento funcional e qual a sua finalidade na prevenção e controle das DCNT, que também foi intensificado a partir das discussões entre a nutricionista residente e os idosos durante a sala de espera. Alimentos como: peixes, soja, alho, tomate, hortaliças, frutas, cacau e até mesmo o vinho, foram debatidos devido suas funções comprovadas cientificamente na prevenção de algumas patologias e redução de riscos de doenças crônicas não transmissíveis.

Segundo Rocha et al (2021), a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis está correlacionada à alimentação e ao estilo de vida. A alimentação é considerada a principal forma de prevenção e controle da diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, hipertensão e câncer. Uma alimentação mais natural composta por vegetais, frutas, grãos integrais, podem atuar na prevenção, diminuindo o impacto agressivo destas enfermidades no público em geral.

É importante destacar que alimentos com alto teor de fibra insolúvel melhoram significativamente a sensibilidade à insulina em todo o corpo, diminuindo assim o risco de diabetes. Alimentos fontes de antioxidante, como a uva, por exemplo, elimina os radicais livres, logo o vinho pode reduzir os riscos de doenças cardiovasculares, conforme salientado na ação desenvolvida.

Evidências epidemiológicas retratam que a melhoria da alimentação apresenta um grande potencial para prevenir as doenças da atualidade, principalmente a hipertensão. Reduzir o consumo de alimentos com quantidades elevadas de sódio, como carnes de charque e de sol, são estratégias fundamentais para manutenção e controle da pressão arterial (DE MORAES et al, 2018).

Da mesma forma, que os alimentos funcionais possuem benefícios no que tange ao controle e tratamento das DCNT (ROCHA et al, 2021), alguns alimentos específicos devem ser evitados por aumentarem o risco dessas doenças, como é o caso dos alimentos ultraprocessados, ricos em gorduras, sódio e açúcares, grandes responsáveis pelo acometimento de indivíduos com complicações cardíacas, pois em sua maioria, causam diabetes e/ou obstruções arteriais, consequentemente, ocasionando HAS; Angina; Aterosclerose; Infarto Agudo do Miocárdio; Insuficiência Cardíaca; Acidente Vascular Encefálico, entre muitas outras doenças (GOMES, 2019).

Durante a sala de espera com a exposição e demonstração do quantitativo de sal e açúcar presente em alguns alimentos, tais como: biscoito recheado, macarrão instantâneo, caldo de carne, refrigerante, suco industrializado líquido e em pó e salgadinho de pacote, foi possível visualizar como a maioria dos idosos faziam uso diário desses alimentos e suas reações e expressões faciais após visualizarem a quantidade de açúcar e sal presentes nos alimentos, demonstraram surpresa, receio e medo.

É importante ressaltar que ações de educação em saúde no âmbito da atenção primária, principalmente as que abordam Educação Alimentar e Nutricional (EAN), são essenciais para o fortalecimento das ações de nutrição, auxiliando no empoderamento dos indivíduos e no desenvolvimento da autonomia diante de suas escolhas alimentares (FRANÇA; CARVALHO, 2017), o que corrobora com as atividades realizadas de EAN desenvolvidas as salas de espera.

Durante o processo de envelhecimento, observa-se no indivíduo idoso modificações biopsicossociais, que estão associadas à fragilidade, a qual pode levar a uma maior vulnerabilidade. A alimentação saudável, assume um papel de suma importância, aliada na promoção da saúde e envelhecimento ativo, visto que é por meio dos alimentos que retiramos energia e nutrientes essenciais. Dessa maneira, é necessário orientar a importância de escolhas alimentares adequadas, eliminação ou redução de alimentos ultraprocessados, os quais são ricos em açúcar, sódio, gordura e aditivos químicos, alimentos esses que configuram contribuições favoráveis à ocorrência da obesidade (DE MELO, HUTH, 2020).

O perigo da obesidade nas doenças crônicas foi tema de uma das ações de educação em saúde abordadas na pesquisa, sabendo que o excesso de peso é um dos fatores de risco das doenças cardiovasculares. Com o auxílio de um reprodutor de vídeo, foram reproduzidos e discutidos trechos do filme muito além do peso, este que retrata sobre o perigo da obesidade iniciada nos primeiros anos de vida, mostrando como a doença é abordada em diferentes lugares, refletindo sobre a falta de informações da população sobre a mesma, principalmente os pais de crianças. Mesmo com foco na obesidade infantil, os trechos do filme, proporcionaram um maior conhecimento acerca do assunto, além de apontar as consequências do excesso de peso na saúde e bem-estar do indivíduo. Todos os residentes de saúde participaram dessa ação educativa.

Sabe-se que a obesidade abdominal se apresenta como um importante fator para o surgimento de doenças cardiovasculares. Esta, por sua vez, tende a incidir em faixas etárias cada vez mais jovens, por isso a importância de assuntos como esses serem discutidos desde o início da vida. Se não corrigidos precocemente, a manutenção desses fatores de risco tende a se perpetuar durante a idade adulta,

expondo estes indivíduos a um risco aumentado para ocorrências de doenças cardiovasculares ao avançar da idade (ALBUQUERQUE et al, 2020). Ressalta-se que assim como a obesidade, o sedentarismo também é considerado um fator de risco para doenças cardiovasculares (CARDOSO et al, 2020).

Uma vida sedentária pode contribuir para o ganho de peso excessivo se associada à alimentação inadequada, e a obesidade aumenta não somente o risco de HAS, como também de outras DCVs e metabólicas (YANIEL; KATHOLI, 2015). Como forma de conscientizar a população estudada dos perigos do sedentarismo, por meio da reprodução de slides, houve uma descrição de dados epidemiológicos dos efeitos negativos do sedentarismo e doenças crônicas, com demonstração logo em seguida, de exemplos de práticas corporais pela fisioterapeuta residente, que podem ser reproduzidas no próprio domicílio, seguindo todos os cuidados necessários.

O Ministério da Saúde do Brasil tem levantado estratégias com a finalidade de incentivar o desenvolvimento de práticas corporais para melhorar o estilo de vida da população, bem como tratar distúrbios já instalados, como as doenças crônicas não transmissíveis (LOCH; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2013). O momento das práticas corporais se traduziu como algo leve, com muita interação entre os idosos, além de proporcionar atividades que desenvolvem flexibilidade, equilíbrio e força muscular, essencial para a população com idade mais avançada.

O uso correto das medicações foi outra ação a ser realizada durante as salas de espera. Neste momento foram entregues cartilhas sobre a importância da utilização dos remédios no horário prescrito, confeccionados pelos próprios residentes, principalmente enfermeiras. Baldissera; Colet e Moreira (2010), afirmam em sua pesquisa, que o uso racional de medicamentos é considerado uma ferramenta na prevenção do uso inadequado. Abordar a importância do uso das medicações nos horários prescritos, nas doses corretas, são meios de prevenção e intensificação de cuidados ao público idoso, este que às vezes depende de familiares para a realização dessas atividades. Propor autonomia é uma forma também de autocuidado.

Através das concepções e observações colhidas através das ações de educação em saúde durante as salas de espera, ficou claro, que a sala de espera é um local favorável para atividades educativas em

saúde e embora o tempo curto para a realização das ações, foi possível constatar o quanto os usuários ficam satisfeitos com as informações recebidas, concordando com Follak et al (2016). O mesmo autor afirma que, as ações em sala de espera promovem uma maior integralidade do cuidado a saúde dos pacientes, visto que por meio delas, é possível compreender a realidade da população atendida na unidade, que é bastante heterogênea, possibilitando assim compreender os usuários considerando o seu contexto social, sua cultura e suas origens.

A sala de espera proporciona a oferta de diálogos, discussões a respeito de temas emergentes, viabilizando a união entre usuários e trabalhadores da saúde. Essas ações conseguem possibilitar maior qualidade no atendimento ofertado e, prover acolhimentos de acordo com a necessidade do público, sendo possível uma maior humanização no serviço e a sobreposição do cuidado integral frente ao cuidado biológico (ROSA; BARTH; GERMANI, 2010), além de se caracterizar como um espaço aberto, acolhedor e, ao mesmo tempo, crítico-reflexivo a partir das demandas levantadas. O trabalho por meio de metodologias participativas estimula e favorece, a partir de ressignificações, mudanças sociais e maior conscientização e autonomia das pessoas. (BECKER; ROCHA, 2017).

Os recursos audiovisuais e materiais didáticos possui muita relevância durante a construção de uma sala de espera, pois possibilita que o paciente tenha uma maior concentração, prestando mais atenção ao tema abordado além de ter um material para fixar os principais pontos do que foi explanado (DE SANTANA et al, 2020).

Conforme Zacaron et al (2016), cada sala de espera realizada tem um sentido único, pois as experiências, as temáticas, os recursos e o público se modificam. O contato dos profissionais residentes com os usuários do serviço é de fundamental importância, permitindo trazer conceitos e saberes de áreas diferentes para a construção de salas de espera mais abrangentes e próximas da realidade da comunidade.

Outro autor, defende que as ações educativas em salas de espera, proporcionam um momento lúdico, de bem-estar, expressividade, troca de conhecimentos e experiências, na qual os participantes esclareceram suas dúvidas e expuseram suas dificuldades a respeito dos temas abordados. A realização dessas atividades possibilita aos pacientes e profissionais uma maior aproximação e uma abordagem holística e

humanizadora. Com a criação da atividade educativa na sala de espera, percebeu-se a ampliação do vínculo de confiança entre a equipe de saúde e a população local (RODRIGUES et al, 2018).

O espaço da sala de espera expôs a sua potencialidade, pois a interação entre os participantes e os profissionais de saúde possibilitou a criação de um ambiente de prazer. Constituiu um espaço vivo e humanizado, permeado pela afetividade e emocionalidade, o que favoreceu a construção de significado partilhado, apropriado e internalizado, além de ser um tempo construtivo, prazeroso e significativo que a pessoa se sentiu ativa, ao mesmo tempo em que favoreceu a construção de vínculo. Dessa maneira, o significado vai sendo construído pelas pessoas à medida que elas dialogam, ouvem e são ouvidas em relação aos seus anseios e dificuldades para cuidar da sua saúde (NEGRÃO et al, 2018).

Como limitações do estudo, observou-se que a presente pesquisa foi desenvolvida com idosos hipertensos e diabéticos, em sua grande maioria mulheres, o que possibilita uma menor investigação entre as condições crônicas e o gênero masculino, sendo possível ser também visualizado no trabalho de Negrão et al (2018), que também abordava ações de educação em saúde em sala de espera, sendo possível afirmar que as mulheres buscam mais o cuidado com a sua saúde (SIMIELI; PADILHA; DE FREITAS TAVARES, 2019).

Destaca-se também a necessidade e a importância da realização de ações de educação em saúde de forma contínua, e não somente pontuais, como a presente pesquisa retratou, visto que quanto mais abordado é um assunto, maiores são as chances dos indivíduos fixarem mais os conteúdos e reproduzirem as atividades apresentadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstra a relevância da realização de ações de educação em saúde durante salas de espera, ao contribuir para o fortalecimento das ações educativas envolvendo a temáticas das DCNT em um espaço de saúde, auxiliando no empoderamento dos idosos e no desenvolvimento da autonomia destes.

Durante o desenvolvimento das atividades em educação e saúde, foi possível observar uma boa receptividade dos idosos em relação a esta e o reconhecimento da sua importância. Percebeu-se também,

que alguns temas eram desconhecidos por parte de alguns usuários, contudo, por meio da abordagem e discussão pela equipe de residentes em saúde, esses assuntos puderam ser maximizados, além de contribuírem para promoção de cuidado e prevenção de suas patologias, com ênfase na hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

As atividades educativas em salas de espera, proporcionaram uma ampliação da segurança e vínculo de confiança entre a equipe de residentes em saúde e a população idosa comunitária. Se caracterizou como um ambiente repleto de trocas de experiências, esclarecendo dúvidas e questionamentos a respeito dos temas abordados, potencializando a oferta de diálogos e discussões a respeito dos temas emergentes.

AGRADECIMENTOS

Aos idosos participantes e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde em que o estudo foi realizado e à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F. L.S. et al. Obesidade abdominal como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, n. 5, p. 14529-14536, 2020.

BALDISSERA, F. G.; COLET, C. F.; MOREIRA, A. C. Uso irracional de benzodiazepínicos: uma revisão. *Revista contexto saúde*, v. 10, n. 19, p. 112-116, 2010.

BECKER, A.P.S.; ROCHA, N.L. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia. *Mental*, v. 11, n. 21, p. 339-355, 2017.

BOZZA R. et al. Circunferência da cintura, índice de massa corporal e fatores de risco cardiovascular na adolescência. *Revista Brasileira Cineantropometria do Desempenho Humano*, v. 11, n.3, p. 286-291, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus: plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e do diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARDOSO, F.N.et al. Fatores de risco cardiovascular modificáveis em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. Revista Mineira de Enfermagem, v. 24, p. 1-8, 2020.

CARNELOSSO M.L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). Cien Saude Colet, v.15(Supl. 1), p.1073-1080, 2010.

CASTRO, Ana Paula Ribeiro de et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 21, p. 155-163, 2018.

DE AZEVEDO, P.R.et al. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. J. res.: fundam. care. Online, v.10, n.1, p.260-267, 2018.

DE MÉLO, V.F; HUTH, A. Oficinas de promoção de alimentação saudável: o papel da extensão na saúde do idoso. Salão do Conhecimento, v. 6, n. 6, 2020.

DE MORAES, A.L.S.et al. Teor de sódio em alimentos consumidos pela população do estado da Paraíba. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 16, n. 3, p. 51-57, 2018.

DE SANTANA, J.P.et al. Educação em saúde na sala de espera: relato de experiência. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 1, p. 1057-1066, 2020.

FERREIRA, J.D.F. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos. Rev. enferm. UFPE on line, p. 4895-4905, 2017.

FOLLAK, N.C. et al. Promovendo Saúde a partir da sala de espera: relato de experiência. Salão do Conhecimento –Ciência Alimentando o Brasil, 2016.

FRANÇA, C.J; CARVALHO, V.C.H.S. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. Saúde em Debate, v. 41, p. 932-948, 2017.

FREITAS, M. C.; SANTANA, M. E. Implementação da estratégia ensino - aprendizagem à família de doente crônico. Revista Brasileira de Enfermagem. v.55, n. 2, p. 146-150, mar./abr. 2002.

GOMES, K. N. Alimentos industrializados e doenças crônicas não transmissíveis: Condado- Estado da Paraíba. Dissertação (Mestrado em Sistemas Agroindustriais), Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Paraíba, 2019.

IMAZU, M.F.M. et al. Effectiveness of individual and group interventions for people with type 2 diabetes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, v.23, n.2, p.200-207, 2015.

LOCH, M.R.; RODRIGUES, C.G.; TEIXEIRA, D.C. Where are the men? Where are the people who live far away? Where are the young?....? Profile of users of physical activity programs offered by Family Health Support Centers. *Rev Bras Ciênc Esporte*, v.35, n.4, p.947- 61, 2013

MAGRI, S. et al. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 14, n. 2, 2020.

MARTINS, J.J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. *Rev. eletrônica enferm*, v. 09, n.02, p. 443 - 456, 2007.

MIRANZI, S.S.C. et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Rev Texto Contexto Enferm*, v.17, n.4, p.672-679, 2008.

NEGRÃO, M.L.B.et al. Sala de espera: potencial para a aprendizagem de pessoas com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, p. 2930-2937, 2018.

NORA, C.R.D.; MÂNICA F.; GERMANI, A.R.M. Sala de espera uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. *Rev Saúde Pesqui*, v.2, n.3, p.397-402, 2009.

OLIVEIRA, J.E.P. et al. organizadores. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018* [Internet]. São Paulo:Editora Clannad; 2017.

REISDORFER, N. et al. Teatro em sala de espera: estratégia de educação em saúde para falar sobre o HIV. *Revista Contexto & Saúde*, v. 17, n. 33, p. 186-192, 2017.

ROCHA, B.R. et al. Influência dos alimentos funcionais na incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). *Intercontinental Journal on Physical Education* ISSN 2675-0333, v. 3, n. 1, p. 1-20, 2021.

RODRIGUES, A.D. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências: Rev Eletrônica Ext URI*, v.5, n.7, p.101-106, 2009.

RODRIGUES, L.P.et al. Sala de espera: espaço para educação em saúde. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 6, n. 3, p. 500-507, 2018.

ROSA, J.; BARTH, P.O.; GERMANI, A.R.M. A sala de espera no agir em saúde: espaço de educação e promoção à saúde. *Perspectiva*, Erechim, v. 35, n. 129, p. 121-130, 2011.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SIMIÉLI, I.; PADILHA, L.A.R.; DE FREITAS TAVARES, C.F. Realidade do envelhecimento populacional frente às doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 37, p. e1511-e1511, 2019.

SILVA, G.G.S, et al. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicol CiêncProf.*, v.33, n.4,p.1000-13, 2013.

YANIEL, C.T.; RICHARD. K. Natriuretic peptides, obesity and cardiovascular diseases. *AMB Rev Assoc Med Bras*, v.61, n.1, p.19- 20, 2015.

ZACARON, K. A. M. et al. Educação em saúde: a abordagem sobre doenças sexualmente transmissíveis em salas de espera. *Caminho Aberto*, ano 3, n. 5, 2016.

ENVELHECER EM PERNAMBUCO - CONTRADIÇÕES E DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA

RITA DE KASSIA TORRES NÓBREGA

Psicóloga, pós graduada em Saúde Mental, mestre em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social – UFRPE; doutoranda em Psicologia Cognitiva - UFPE, rita.dekassia@hotmail.com;

JOSEANA MARIA SARAIVA

Professora Doutora do Programa de Pós Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social do Departamento de Ciências do Consumo – UFRPE. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento, Consumo e Qualidade de Vida, joseanasaraiva@yahoo.com.br.

RESUMO

Estudos mostram que apesar do avanço no campo dos conceitos e da legislação que garante os direitos das pessoas idosas, a distância entre a garantia e a efetivação é muito grande. Na perspectiva de entender este fenômeno, este estudo tem como objetivo compreender a partir da visão dos/as gestores/as públicos da rede socioassistencial de Pernambuco e dos/as conselheiros/as de direitos da pessoa idosa, quais são os fatores que se interpõem a não efetivação dos direitos sociais da pessoa idosa conforme assegurado nos termos da lei. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, tendo por método de análise as Representações Sociais que permitiram encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos para melhor compreensão do fenômeno social investigado. A amostra da pesquisa constituiu-se de 5 Gestores/as Públicos Estadual, 14 Gestores/as Públicos Municipais, 4 Conselheiros/as Estadual, 8 Conselheiros/as Municipais. O estudo evidenciou a carência de conhecimentos científicos ou sistematizados sobre as categorias investigadas, predominando o conhecimento do senso comum baseado nas experiências cotidianas dos sujeitos entrevistados/as.

Palavras-chave: Direitos Sociais; Política da Pessoa Idosa; Gestores públicos; Conselheiros de direitos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno atual e complexo, não admite uma compreensão única e linear. Neste estudo, de caráter interdisciplinar, considera os indicadores demográficos que apresentam o Brasil como um país que está envelhecendo mais rapidamente do que a média internacional: até 2050 o número de idosos duplicará no mundo e triplicará no Brasil. Este caráter faz refletir acerca da efetivação dos direitos das pessoas idosas com base no que garante a legislação, sobretudo, a partir da redemocratização do país, considerando o contexto socioeconômico, político e cultural que envolve o Estado como provedor das políticas sociais voltadas para esse segmento populacional.

É sabido que com o processo de redemocratização do país, em meados dos anos 1980, um movimento em prol da descentralização política e administrativa ganhou corpo e se consolidou na agenda política do Brasil na perspectiva de responsabilizar os governos locais na formulação, execução e controle das políticas sociais frente às novas relações entre Estado e sociedade. A descentralização teria o papel fundamental de permitir que o Estado, junto com a sociedade, pudessem encontrar soluções políticas viáveis acerca dos atos e decisões, principalmente aquelas relacionadas às políticas sociais (SILVEIRA, 2007, p. 152).

Nessa direção, a Constituição promulgada em 1988 teve importância fundamental para institucionalizar valores democráticos pautados na descentralização e na participação da sociedade civil na formulação, execução e controle das políticas sociais. Contudo, o que os estudos têm mostrado é que, apesar dos compromissos firmados nos termos da lei, sobretudo, na Constituição e nos documentos legais que constituem as políticas sociais - particularmente em relação ao papel do Estado -, inúmeras dificuldades se apresentam, que impedem a efetivação do que propõem os preceitos que compõem esses documentos nos termos da lei.

Em relação às políticas voltadas para os idosos/as, o que se constata nos estudos Yasbek (2001); Camarano e Pasinato (2004); Camarano e Pasinato (2007); Borges (2012); Giacomini (2012); Prado (2012); Santos e Saraiva (2017) é que, mesmo com todos os avanços

apresentados no Brasil nos termos da lei, os déficits de políticas públicas direcionadas às pessoas idosas são significativos. Trata-se de compromissos a serem respondidos por todos os níveis de gestão e áreas, de modo a produzirem segurança social aos seus usuários/as conforme suas necessidades, situação de vulnerabilidade e risco em que se encontram; ou seja, levar em consideração que o envelhecimento humano é heterogêneo. Ou seja, as pessoas envelhecem de maneiras diferentes, visto que experimentam trajetórias que afetam diretamente nas suas condições de vida, incluindo as formas de envelhecer, a maneira de viver e compreender a velhice. Essas trajetórias são fortemente atravessadas pelas desigualdades sociais, regionais, raciais e de gênero que existem no país.

Mediante essa problemática, a presente pesquisa chama atenção para a relevância de se compreender as contradições que fundamentam a não efetivação ou negação dos direitos dos/as idosos/as. Ademais, a discussão do presente estudo problematiza o atendimento das demandas dos/as idosos/as referente, principalmente, aos fatores que se interpõem à efetivação dos direitos sociais, no que tange aos serviços de assistência social, saúde, educação, segurança e moradia, dentre outras demandas fundamentais. O Estado, como provedor social, tem o dever de proteger as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.

Diante desse fenômeno, o objetivo da pesquisa é compreender, a partir da visão dos/as gestores/as públicos da rede socioassistencial de Pernambuco e dos/as conselheiros/as de direitos da pessoa idosa, os fatores que se interpõem à efetivação desses direitos, conforme assegurado nos termos da lei.

METODOLOGIA

O entendimento acerca dos fatores que levam a não efetivação dos direitos das pessoas idosas através do método de análise das Representações Sociais -Serge Moscovici (2003)- realizado com Gestores/as Públicos Estaduais (GPE), Gestores/as Públicos Municipais (GPM), Conselheiros/as de Direito Estadual (Cons. E) e Conselheiros de Direito Municipal (Cons. M). Trata-se de um estudo de caso de

abordagem qualiquanti fundamentada na pesquisa explicativa que busca esclarecer os fatores que exercem influências sobre o fenômeno estudado, aprofundando o conhecimento da realidade (LIRA, 2014, p. 23).

A realização desta investigação ocorreu durante três meses de viagens em pesquisa, nas quais foram entrevistados/as Gestores Públicos da Rede Socioassistencial e Conselheiros de Direitos Estadual e Municipal da pessoa idosa, ambos do estado de Pernambuco. Como critério, o porte populacional foi utilizado como fator específico no recorte dos sujeitos da pesquisa, a fim de visualizar a aplicabilidade da política em suas especificidades nas diferentes regiões do estado de Pernambuco. Foram considerados dois municípios de pequeno porte (municípios com menos que 25 mil habitantes); dois municípios de médio porte (municípios com 25 a 100 mil habitantes); quatro municípios de grande porte (municípios com mais de 100 mil habitantes), incluindo a metrópole. Também como entrevistados/as representantes da gestão pública estadual e Conselheiros/as de direitos no âmbito estadual, sendo estratificados em 4 grupos para análise de dados – Gestores/as Públicos Estadual; Gestores/as Municipal; Conselheiros/as Estadual; Conselheiros/as municipal.

No que concerne aos instrumentos e técnicas para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de entrevista semiestruturada acompanhada de um Roteiro de Entrevista composto por perguntas abertas e fechadas que nortearam o processo de investigação acerca do fenômeno estudado. As entrevistas foram realizadas pela própria autora da pesquisa durante os meses de agosto a outubro de 2018 e tiveram em média uma duração de 1 hora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse estudo, analisar a compreensão que os/as Gestores/as Públicos e os/as Conselheiros/as de Direitos têm sobre o papel do Estado torna-se fundamental, tendo em vista identificar os fatores que contribuem para a não efetivação dos direitos voltados para as pessoas idosas. Esse conhecimento é essencial para contribuir com a luta pelos direitos sociais, e por conseguinte, com a formulação, implementação

e o controle social das políticas públicas e sociais, na perspectiva de atender efetivamente as demandas garantidas constitucionalmente.

TABELA 1 – Representações sociais dos gestores públicos sobre a efetivação dos direitos e os fatores que contribuem para a não efetivação - Recife, 2018/2019.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	FREQÜÊNCIA DAS RESPOSTAS			
	Ges. Pub. Estadual		Ges. Pub. Municipal	
	N	%	N	%
Se os direitos das pessoas idosas são efetivados				
Sim	-	-	2	14,0
Não	5	100,0	12	85,0
TOTAL	5	100	14	100
Se não, quais são as medidas que devem ser adotadas para sua efetivação?				
- Precisa ainda de um trabalho de maior participação dos conselhos na luta pelos direitos da pessoa idosa;	1	20,0	-	-
- É preciso um trabalho de conscientização da população, incluindo o idoso, sobre seus direitos, para cobrar do governo a efetivação desses direitos (A política do idoso ser divulgada para ser conhecida pela sociedade);	-	-	5	35,0
- Respeitar as pessoas idosas como pessoas ativas que tem muito ainda a contribuir com a sociedade;	-	-	2	14,0
- Criação de uma secretaria ou órgão voltado para monitoramento e controle do estatuto do idoso;	-	-	1	7,0
- Não soube responder	4	80,0	6	35,0
TOTAL	5	100	14	100
Se existem fatores que contribuem para a não efetivação dos direitos da pessoa idosa, quais são?				
Sim	5	100,0	14	100,0
- Ausência de desejo dos gestores públicos, de vontade política dos prefeitos (isso é uma questão política, é um jogo de interesses; falta de interesse da sociedade e do governo; Falta de comprometimento do Estado com a efetivação dos direitos dos/as idosos/as);	2	40,0	5	35,0
- Falta de recursos financeiros para implementação das ações voltadas para população idosa (falta de recursos financeiros; recursos humanos; falta de estrutura física para funcionamento dos conselhos; as cidades não têm uma estrutura física para cuidado e adaptação dos idosos - acessibilidade);	2	40,0	3	21,0
- Fatores culturais (visão negativa sobre a velhice; (fatores culturais sobre o envelhecimento como algo negativo; fatores culturais e sociais que impedem a sociedade de reconhecer e respeitar a pessoa idosa);	3	60,0	2	14,0
- Falta de conhecimento sobre os direitos da pessoa idosa;	-	-	1	7,0
- Falta do controle social das políticas públicas por parte dos conselhos.	-	-	1	7,0

Não	-	-	-	-
TOTAL	5	100	14	100

Fonte: Própria da autora, 2018/2019.

Em relação à efetivação dos direitos sociais, os dados da Tabela 5 mostram que 89% (17) dos/as Gestores/as Públicos Estaduais e Municipais entendem que os direitos sociais dos/as idosos/as não são efetivados. Em contrapartida, apenas 10% (2) asseguram que esses direitos são efetivados. Na ocasião da pesquisa, o que não aconteceu em outras situações relativas à entrevista, os/as Gestores/as manifestaram a necessidade de explicar por que afirmam que os direitos sociais não são efetivados. Os depoimentos abaixo transcritos revelam essa preocupação.

Já avançamos muito na lei, porém, ainda tem muito a se fazer para efetivar o que foi conquistado. Avançamos com o próprio estatuto, a gratuidade no transporte, a prioridade nas filas, mas precisamos ainda de um trabalho de maior divulgação coletiva sobre esses direitos e maior participação dos conselhos na luta por essa efetivação. Quanto mais os conselheiros conhecerem a política do idoso, mais eles vão buscar atuar em defesa dos direitos das pessoas idosas, por isso a importância de divulgar a legislação (Gestor/a Público Estadual);

Só é efetivado parcialmente, ou seja, não é. A política da pessoa idosa em Pernambuco possui um fundo Estadual ativo. Trata-se de uma política empoderada, com força estatal e da sociedade civil, mas não funciona (Gestor/a Público Estadual);

O direito é efetivado de uma forma fragmentada, de maneira geral não o é, pois existe uma lacuna, já que a efetivação não acontece por falta de vontade política (dos governantes) e de planejamento da equipe executora (Gestor/a Público Municipal).

Tem avançado. Comecei a trabalhar há 14 anos, antes era bem mais difícil. O próprio idoso desconhecia seus direitos ou tinha vergonha e medo de se afirmar, hoje a população está mais consciente, geralmente demora para que ocorra uma mudança de cultura, provavelmente daqui a alguns anos será melhor (Gestor/a Público Municipal).

Um dos fatores que se interpõem à efetivação dos direitos das pessoas idosas, é a falta de conhecimento dos conselheiros sobre os direitos das pessoas idosas e acerca da própria política. Embora os/as Gestores/as cobrem isso dos conselheiros, nesse estudo verifica-se que a falta de conhecimento pode ser atribuída não só aos Conselheiros, mas aos próprios Gestores, como tem se mostrado ao longo das análises das Representações Sociais tratadas nesse estudo. As análises realizadas a partir das Representações Sociais dos sujeitos refletem essa falta de conhecimento que se constitui como um fator importantíssimo que se interpõem à efetivação dos direitos dos/as idosos/as, reconhecido pelos próprios Gestores/as. Os próprios Gestores/as afirmam nos seus depoimentos que os direitos dos idosos/as não são efetivados por falta de vontade política (dos governantes) e de planejamento da equipe executora. Porém, esses/as mesmos/as gestores/as são parte integrante da formulação, do acompanhamento e da avaliação da Política Estadual do Idoso (Lei Nº 12.109/2001). Contudo, o que se verifica mediante tais depoimentos é que os/as próprios/as gestores/as não se identificam como responsáveis pela falta da efetivação dos direitos, quando eles/elas também o são, mas não se reconhecem.

Em relação às medidas concretas que poderiam ser adotadas para efetivação dos direitos da pessoa idosa, 26% (5) dos/as entrevistados/as compreendem que "é preciso um trabalho de conscientizar a população, o governo trabalhar na efetivação, nessa cobrança na rede e com o próprio idoso (a proposta da política ser trabalhada com toda sociedade). Segundo a Política do Idoso em Pernambuco (ALEPE, 2001), dentre as atribuições da Gestão em Assistência Social, compete aos gestores públicos da referida política promover as articulações com órgãos não governamentais e governamentais nas três esferas de governo necessárias à implantação e implementação da Política Estadual do Idoso, bem como coordenar as ações relativas à Política com a participação dos Conselhos estadual e municipal.

Diante do exposto, indaga-se nesse estudo, a atribuição dos/as gestores/as entrevistados acerca do seu real papel na efetivação dos direitos da pessoa idosa. Não são eles também responsáveis por conscientizar a população, para trabalhar na efetivação, na cobrança na rede, com o próprio idoso e com toda sociedade? Por que as medidas

sugeridas pelos sujeitos dessa pesquisa como gestores da política do idoso não foram realizadas? O que ocorreu?

Considera-se nesse estudo que as medidas concretas propostas pelos respondentes que poderiam ser adotadas para efetivação dos direitos da pessoa idosa, constituem-se como medidas possíveis de serem implementadas. Conforme determina a Política Estadual do Idoso, compete à Gestão de Assistência Social esclarecer e orientar o idoso sobre os seus direitos; promover eventos específicos para discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento, promover articulações com órgãos envolvidos, necessárias à implantação da política estadual do idoso. Ações diretamente relacionadas às medidas sugeridas pelos referidos gestores/as, sujeitos desse estudo. Nesses termos, o que as análises parecem refletir é que os respondentes parecem não se reconhecerem como representantes governamentais, é como se eles não fizessem parte do processo para implementação das medidas sugeridas, o que é no mínimo, muito inquietante.

Em relação aos 10% (2), sugerem que é preciso “respeitar as pessoas idosas como pessoas ativas que tem muito a contribuir com a efetivação dos seus direitos”. Parte-se do princípio de que apenas dois Gestores/as reconhecem o/a idoso/a, nos termos do Estatuto do Idoso- Lei 10741/2003, como sujeito de direito que goza das garantias fundamentais inerentes à pessoa humana, bem como, admitem ser os/as idosos/as pessoas ativas e capazes de contribuir para efetivação dos seus direitos, mediante as dificuldades apresentadas para sua efetivação. Embora os Gestores/as não verbalizem nas suas respostas os fatores que contribuem para não efetivação dos direitos dos/as idosos/as— considerando o avanço do neoliberalismo e suas repercussões nas políticas sociais, tais como a refilantropização, mercantilização, focalização e seletividade na intervenção do Estado— conforme salienta Cruz, Rocha e Quaresma (2015, p. 1), eles/elas entendem que os direitos não estão sendo efetivados e reconhecem a participação dos/as idosos/as como uma medida importante na luta para que sejam efetivados. Compreende-se que esses/as Gestores/as fazem parte daqueles 35% (11) que entendem o envelhecimento como um processo construído de forma progressiva e que concorrem variáveis que vão além da dimensão biológica, de caráter psíquico, sociais e

cultural. Nessa perspectiva, percebem os/as idosos/as como sujeitos ativos e capazes, em constante mudança, nas diversas etapas da vida.

Outra medida sugerida por apenas 5% (1) dos/as respondentes compreende a “criação de uma secretaria ou órgão voltado para monitoramento e controle do estatuto do idoso”. Parte-se do pressuposto de que esse gestor não tem o conhecimento do conteúdo nem da Política Nacional, nem da Estadual e nem do Estatuto do Idoso, uma vez que a competência de avaliar e fiscalizar a aplicação dos recursos repassados aos municípios e entidades civis, destinados à realização da política de atendimento à pessoa idosa é do Conselho de Direitos e da Secretaria a qual ele está vinculado. Na atual administração em Pernambuco, a Secretaria de Direitos Humanos e não ao Estatuto do Idoso como propõe.

A última medida sugerida por apenas 5% (1) refere-se à necessidade de realização de “um trabalho de maior divulgação coletiva, com a participação dos conselhos para efetivação dos direitos da pessoa idosa”. Essa medida reflete o desconhecimento dos/as gestores/as acerca das competências dos Conselhos Estadual e Municipais do Idoso, uma vez que segundo o Art. 5º da Política Estadual do Idoso, cabe aos Conselhos Estadual e Municipal da pessoa idosa, formular, divulgar, coordenar, fiscalizar, supervisionar e avaliar a política estadual da pessoa idosa no âmbito das respectivas esferas de governo. Segundo Saraiva (2015), uma das maiores conquistas dos movimentos sociais contempladas na Constituição de 1988 refere-se à atribuição do controle social das políticas públicas à sociedade civil, como forma de compartilhamento de poder de decisão entre Estado e a sociedade sobre as políticas públicas. Para o boletim Repente, segundo Serafim e Teixeira, (2008, p. 1), o controle social sobre as políticas públicas vai além do poder de decisão entre Estado e sociedade. Constitui um instrumento e uma expressão da democracia e da cidadania. Trata-se da capacidade que a sociedade tem de intervir nas políticas públicas. Esta intervenção ocorre quando a sociedade interage com o Estado na definição de prioridades e na elaboração dos planos de ação do município, do estado ou do governo federal.

Contudo, pode-se atribuir a sugestão proposta como medida— “um trabalho de maior divulgação coletiva, com a participação dos conselhos para efetivação dos direitos da pessoa idosa”—, considerando que,

embora o controle social já se constitua como medida nos termos da lei dando poderes para a sociedade intervir na formulação, monitoramento, implantação e controle das políticas públicas, isto não tem sido feito, conforme salienta Saraiva (2015).

Pode-se afirmar que não existe o entendimento por parte dos gestores/as entrevistados/as acerca do controle social e que este pode ser realizado pelos conselhos como representantes da sociedade civil, tanto no momento da definição das políticas a serem implementadas, quanto no momento da fiscalização, do acompanhamento e da avaliação das condições de gestão, execução das ações e aplicação dos recursos financeiros destinados à implementação de uma política pública (SERAFIM e TEIXEIRA, 2008).

Em relação aos fatores que contribuem para a não efetivação dos direitos voltados à população idosa, a totalidade dos/as respondentes consideram que existem fatores que se interpõem à efetivação dos direitos da pessoa idosa em Pernambuco. Evidencia-se a partir das representações sociais dos/as gestores/as uma diversidade de respostas acerca desses fatores, revelando a gravidade do problema, ou seja, bastante comprometedor à medida que reflete a prática profissional dos/as próprios/as entrevistados/as, conforme mostra as análises seguidas. Na ordem dos fatores, sobressaem-se 36% (7) dos/as respondentes, que consideram a "ausência de desejo dos gestores públicos, vontade política dos prefeitos (isso é uma questão política, é um jogo de interesses; falta de interesse da sociedade e do governo; falta de comprometimento do Estado com a efetivação dos direitos dos/as idosos/as)".

Esse discurso referente à vontade política remete à compreensão do filósofo Thomas Hobbes, do século XVI. Para esse filósofo, a vontade política começa no momento em que o cidadão transfere o seu poder e a sua vontade a uma outra pessoa pública, renunciando o seu poder de transformação, entregando-o a um receptor. No caso, um político eleito democraticamente. A partir disso, por meio de sua representação, o político tem o poder de fazer qualquer ação de acordo com sua vontade, mas priorizando a vontade coletiva.

Partindo do entendimento de Hobbes, o que se verifica a partir da fala dos/as Gestores/as Públicos é que a vontade política não está alcançando o interesse da população. No caso dos direitos da pessoa

idosa, os políticos não estão fazendo uso da autoridade que lhe foi concedida democraticamente para conferir por meio da representatividade a efetivação dos direitos da pessoa idosa. Dessa forma, para os/as gestores/as entrevistados/as, os políticos, sobretudo, os prefeitos, não estão fazendo uso dessa autoridade, em projetos de interesse da população.

Essa análise permite verificar a pertinência em relação à enumeração da vontade política como fator que se interpõe à efetivação dos direitos da pessoa idosa. No entanto, o que se discute nesse estudo, a partir das representações sociais dos/as gestores/as, é o entendimento que os/as mesmos/as não têm em relação às contradições que se interpõem a essa vontade política, que vai além de apenas desejo político, como eles/as apresentam em suas falas.

Essas contradições perpassam, sobretudo, pelo entendimento que se tem do modelo de Estado, na visão dos/as gestores/as, um modelo de Estado que corresponde ao proposto por Hobbes no século XVI e que ainda hoje, pela visibilidade que foi dada, permanece no imaginário coletivo da sociedade. Segundo Saraiva (2015, p 53), a não efetivação ou a efetivação ambígua dos direitos das pessoas idosas pode ser explicada a partir da lógica econômica do capital que fundamenta a provisão dos meios de consumo coletivo ou dos serviços sociais de caráter público provido pelo Estado. Na sua essência, um Estado caracterizado como neoliberal que se recusa, em seu papel como provedor social, a prover conforme o que se encontra nos termos da lei as demandas e necessidades sociais ou coletivas, visto sob a lógica econômica do capital como despesas e não investimento social.

A respeito dos/as 26% (5) dos/as gestores/as que pontuam a “falta de recursos financeiros para implementação das ações voltadas para população idosa (falta de recursos financeiros; recursos humanos; falta de estrutura física para funcionamento dos conselhos; as cidades não têm uma estrutura física para cuidado e adaptação dos idosos - acessibilidade) como fator que se interpõem à efetivação dos direitos da pessoa idosa, identifica-se como um fator preponderante, no entanto, não em detrimento de outros.

Embora, esses/as respondentes tenham um entendimento que vai além do discurso que se baseia apenas na falta de ‘vontade política’ ou ‘falta de desejo’ dos gestores políticos, dando ênfase aos recursos

financeiros, parece consensual que a destinação de recursos públicos para tal finalidade ainda é uma questão não resolvida. No entanto, eles/elas não explicam os motivos que possam justificar a ausência desses recursos financeiros, mesmo mediante a solicitação da pesquisadora na ocasião da entrevista. Os estudos, Anderson (1996); Saraiva (2015); Coutinho (1987), apresentados nessa pesquisa corroboram que tal entendimento atravessa, sobretudo, a lógica econômica de provisão dos direitos sociais no modelo de Estado neoliberal, a própria lógica do capital. Segundo Saraiva (2015, p.52), tais recursos são compreendidos como despesas sem retorno que não permitem redução do tempo de produção, nem redução do tempo de circulação do capital; nessa direção são admitidas como despesas supérfluas.

Cabe destacar ainda os 26% (5) dos/as gestores/as que percebem como fator que se interpõem à efetivação dos direitos da pessoa idosa, os aspectos "culturais que ainda não foram trabalhados com a população (fatores culturais e sociais que impedem a sociedade de reconhecer e respeitar a pessoa idosa)".

Constata-se a necessidade de incorporação de outros conhecimentos sobre as teorias do envelhecimento humano e dos novos enfoques acerca da velhice que se faz necessário na formação dos/as Gestores/as Públicos para a construção de um entendimento menos fragmentado e mais ampliado em relação ao fenômeno estudado. Essa necessidade justifica-se quando se evidencia— não apenas nesse tópico, mas também em outros já discutidos anteriormente—, a visão dos/as Gestores/as sobre o envelhecimento focado na perspectiva apenas biológica, quando mediante os avanços do conhecimento científico acerca do envelhecimento humano se engloba outras dimensões— sociais, psicológicos, econômicos, afetivos— que fundamentam esse processo.

Outro fator elencado por 5% (1) dos respondentes foi a "falta de conhecimento sobre os direitos sociais". Evidencia-se ao longo de toda análise das representações sociais dos sujeitos dessa pesquisa que a falta de conhecimentos— não apenas relacionado aos direitos sociais, mas também como já foi mencionado, de outras categorias de estudo que permeiam a questão— se constitui como um fator percebido e constatado pelos próprios sujeitos, embora, em suas falas eles/elas

atribuem a falta de conhecimento a outros/as, não reconhecendo a própria necessidade.

Compreende-se que a educação é um instrumento indispensável para a formação da construção de cidadania, do ser 'sujeito de direito', por meio do processo de socialização e integração, sendo possível desmistificar os choques culturais e sociais presentes na sociedade brasileira. Corroborando essa perspectiva, em "Pedagogia da Autonomia", Freire (2005, p. 24) defende que a educação pode fazer das pessoas donas de sua própria história ou acomodá-las ao mundo. Para ele, "ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou a sua construção". A educação que ele classifica como libertadora deve ser dialógica, problematizadora e reforçar o ato de refletir, de criticar, de idealizar, de questionar e de ser autônomo.

Evidencia-se ainda os 5% (1) que compreende como fator que se interpõe à efetivação aos direitos sociais a "falta de controle social das políticas públicas por parte dos conselhos".

A Constituição Federal de 1988 apresentou significativo avanço ao introduzir os instrumentos de democracia direta, e a possibilidade de criação de mecanismos de controle social, como os Conselhos de Direitos do Idoso Estadual e Municipais com atuação na formulação, deliberação, monitoramento, avaliação e financiamento das políticas públicas voltadas à pessoa idosa. Conforme estabelece a Política Estadual do Idoso, compete aos conselhos formular, divulgar, coordenar, fiscalizar, supervisionar e avaliar a política estadual da pessoa idosa no âmbito das respectivas esferas de governo. Corroborando isto, o Estatuto do Idoso- Lei 10.741/2003 referida Lei.

A análise que se faz das representações sociais dos gestores/as nesse item é que apenas um Gestor atribui a falta de efetivação dos direitos sociais à falta de controle social. Diante da importância que vem sendo dada pelos estudos a essa categoria como fator imprescindível no controle das políticas sociais de proteção à pessoa idosa, esperava-se nesse estudo que o controle social fosse um fator que seria citado e aprofundado por todos/as sujeitos da pesquisa e não apenas por um.

TABELA 2 – Representações sociais dos/as Conselheiros/as de Direitos sobre a existência de fatores que se interpõem à efetivação dos direitos da pessoa idosa - Recife, 2018/2019.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS			
	Cons. Estadual		Cons. Municipal	
	N	%	N	%
Se existem fatores que se interpõem a efetivação dos direitos da pessoa idosa e se existem quais?				
Sim	3	75,0	6	75,0
O município não dá suporte para organização e funcionamento do Conselho (falta de estrutura física e material; o gestor municipal não dá condições de funcionamento; falta de interesse dos gestores);	1	25,0	5	62,5
Falta de apoio no orçamento;	1	25,0	3	37,5
Não	1	25	2	25
TOTAL	6	100	16	100

Fonte: Própria da autora, 2018/2019.

Em relação às representações sociais dos/as Conselheiros/as de Direitos sobre a existência de fatores que se interpõem à efetivação dos direitos da pessoa idosa, a análise da Tabela 6 apresenta que 75% (9) dos/as respondentes entendem que existem fatores na esfera de atuação dos conselhos que impedem a efetivação dos direitos sociais. Dentre esses fatores, a categoria mais significativa corresponde a 50% (6) dos/as respondentes, que consideram que “o município não dá suporte para organização e funcionamento do Conselho (Falta de estrutura física e material; o gestor municipal não dá condições de funcionamento; falta de interesse dos gestores).

O que os/as conselheiros/as respaldam nas suas falas, na verdade, se revela como reivindicações que deveriam se materializar para organização e funcionamento dos Conselhos de Direitos. Diante da importante função desse Conselho para formular, divulgar, coordenar, fiscalizar, supervisionar e avaliar a Política Estadual da Pessoa Idosa no âmbito das respectivas esferas de governo, a estrutura física e material se caracteriza como ferramenta fundamental de atuação, justificando, dessa forma, o percentual de 50% de respondentes, que apontam a organização e funcionamento dos conselhos como fator que se interpõem à efetivação do direito do/a idoso/a.

As limitações dos Conselhos de Direito dos Idosos são semelhantes às de outros conselhos, com o agravante da inexistência de mecanismos consolidados de discussão, conforme argumenta Hagen (2011, p. 114). Percebe-se que os Conselheiros/as não aprofundam essa discussão. A justificativa está baseada nas condições individuais, atreladas apenas aos interesses e desejos do gestor político, não apresentando assim, nenhum argumento fundamentado à lógica neoliberal, ou mesmo à lógica político-ideológica.

Nesse seguimento, 33% (4) dos/as Conselheiros/as percebem como fator a "falta de apoio no orçamento". Conforme estabelecido na Política Estadual do Idoso, os Conselhos Estadual e Municipal da Pessoa Idosa são órgãos colegiados deliberativos, tendo por competência a formulação, divulgação, coordenação, fiscalização, supervisão e avaliação da política estadual da pessoa idosa no âmbito das respectivas esferas de governo. Compete ainda o estabelecimento de critérios objetivos, amplamente divulgados, para repasse de recursos aos municípios e entidades civis, destinado à reativação da política do atendimento aos direitos da pessoa idosa, de maneira que tais organismos possuem relevante função no controle social, no entanto em alguns territórios não há recursos disponíveis para que isso aconteça.

A análise que se faz em relação a essa categoria se fundamenta na perspectiva de que o Estado cria, legitima e implementa nos termos da lei os Conselhos de Direitos. Contudo, mediante a função dos Conselhos de formular, divulgar, coordenar, fiscalizar, supervisionar e avaliar a Política Estadual da Pessoa Idosa no âmbito das respectivas esferas de governo, não é de interesse do Estado, considerando a lógica econômica que o fundamenta, que os conselhos desenvolvam eficientemente essas funções, uma vez que o conselho quando em pleno funcionamento de avaliação, revelaria as contradições das políticas sociais voltadas para as pessoas idosas, sobretudo em relação à sua precarização. A função do Conselho tem relevância nos termos da lei, mas na prática não se efetiva, já que se contrapõe à lógica econômica do capital que fundamenta o Estado neoliberal. Verifica-se, assim, a permanente e crescente distância entre lei e a realidade concreta. A partir dessa análise baseada na fala dos próprios Conselheiros, entende-se que a organização e funcionamento dos conselhos é um fator que interfere na efetivação dos direitos das pessoas idosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises e discussões realizadas, a fim de compreender as interpretações, ideias, visões e concepções que os/as Gestores/as e os/as Conselheiros/as possuem a respeito do fenômeno social em questão, considera-se, neste estudo, que o conceito das representações sociais— utilizado em várias áreas do conhecimento, fundadas na teoria das representações sociais, tendo como figura central Serge Moscovici—, funcionou como método de análise suficientemente eficaz, uma vez que permitiu encontrar elementos do discurso social trazido pelos sujeitos da pesquisa para melhor compreensão dos fatores que se interpõem à efetivação dos direitos da pessoa idosa em Pernambuco.

Em relação à efetivação dos direitos sociais, um dos fatores que se interpõem à efetivação dos direitos das pessoas idosas, inclusive referidos nesses depoimentos, é a falta de conhecimento dos Conselheiros sobre os direitos das pessoas idosas e acerca da própria política. As análises realizadas a partir das Representações Sociais dos sujeitos refletem essa falta de conhecimento que se constitui como um fator importantíssimo que se embarreira a efetivação dos direitos dos/as idosos/as, reconhecido pelos próprios Gestores/as.

Os/as Gestores/as declaram, ainda, em seus depoimentos que os direitos dos idosos/as não são efetivados por falta de vontade política (dos governantes) e de planejamento da equipe executora. O que se verifica mediante tais depoimentos é que os/as próprios/as Gestores/as não se identificam como responsáveis pela falta da efetivação dos direitos, quando eles/elas também o são, mas não se reconhecem.

Nessa direção, os fatores mencionados que contribuem para a não efetivação dos direitos voltados à população idosa, a partir das análises das representações sociais dos/as Gestores/as e Conselheiros/as, estão relacionados à falta de conhecimento mais crítico em relação às teorias do envelhecimento. Essa necessidade justifica-se quando se evidencia, ao longo de todo estudo, a visão dos/as Gestores/as e dos/as Conselheiros/as sobre o envelhecimento focado na perspectiva apenas biológica, quando, mediante os avanços do conhecimento científico acerca do envelhecimento humano, outras dimensões— sociais, psicológicas, econômicas, afetivas— fundamentam esse

processo. Além da falta de conhecimento em relação ao termo direito e a compreensão reducionista do papel do Estado, se constituírem como fatores percebidos e constatados pelos próprios sujeitos, em suas falas eles/elas atribuem a falta de conhecimento a outros/as, não reconhecendo a própria necessidade.

Os/as gestores também elencam a 'vontade política' como um fator que se interpõem à efetivação dos direitos. No entanto, o que se discute nesse estudo, a partir das representações sociais dos/as Gestores/as, é o entendimento que os/as mesmos/as não têm em relação às contradições que se interpõem a essa vontade política, que vai além de apenas desejo político, como eles/as apresentam em suas falas. Outro fator elencado é a "falta de recursos financeiros para implementação das ações voltadas para população", identificado como um fator preponderante.

Cabe destacar ainda os/as Gestores/as que percebem como fator impeditivo à efetivação dos direitos da pessoa idosa os aspectos culturais que ainda não foram trabalhados com a população. Constata-se a necessidade de incorporação de outros conhecimentos sobre as teorias do envelhecimento humano e dos novos enfoques acerca da velhice que se faz necessário na formação dos/as gestores/as públicos para a construção de um entendimento menos fragmentado e mais ampliado em relação ao fenômeno estudado.

Nesse seguimento, um percentual significativo de Conselheiros/as percebe a falta de apoio no orçamento, bem como a falta de investimento na organização e funcionamento dos Conselhos como fatores que se interpõem à efetivação dos direitos. Embora a análise feita em relação a essa categoria parta da perspectiva de que o Estado cria, legítima e implementa nos termos da lei os Conselhos de Direitos, ressalta-se que não é de interesse do Estado, considerando a lógica econômica que o fundamenta, que os Conselhos desenvolvam eficientemente essas funções, uma vez que o Conselho, quando em pleno funcionamento de avaliação, revelaria as contradições das políticas sociais voltadas para as pessoas idosas, sobretudo em relação à sua precarização.

Nesse sentido, de acordo com as representações sociais dos/as sujeitos dessa pesquisa, o que se percebe é que cada Gestor/a e Conselheiro/a aponta um fator específico que se interpõe à efetivação

dos direitos das pessoas idosas, mas na realidade, o que se considera nesse estudo é que não existe apenas um fator, visto que o fenômeno é multifatorial. O problema é que os/as Gestores/as têm uma visão fragmentada do conhecimento acerca de vários aspectos que fundamentam o fenômeno dessa pesquisa tais como a concepção do termo direito, aspectos relacionados ao envelhecimento humano e papel do Estado, conhecimentos considerados fundamentais à função de Gestor/a Público e Conselheiros/as de Direitos.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Perry. Balanço do Neoliberalismo. apud GENTILI, Pablo; SADER, Emir (Org.). Pós- neoliberalismo: as políticas sociais e o estado democrático. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996

BORGES, Maria. (Org.). Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

BRASIL. Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 3 out. 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

COUTINHO, Carlos. Dualidade de Poderes – Introdução à teoria Marxista de estado, 1987. FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FUNARI, Pedro Paulo Abreu. Roma: Vida Pública e Vida Privada, São Paulo: Atual, 1993. GIACOMIN, K.C. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, M.; BORGES, M.C. (Org.). Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

HAGEN, Suleica Iara. Políticas públicas para o envelhecimento: atuação dos Conselhos de direito da pessoa idosa. 2011, 157f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2011.

LIRA, Bruno Carneiro. O passo a passo do trabalho científico. Rio de Janeiro: Vozes, 2014. MOSCOVICI, Serge. Representações Sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PRADO, T.M.B. Proteção social à pessoa idosa no Brasil apud BERZINS, M.; BORGES, M.C. (Org.). Políticas Públicas para um país que envelhece. São Paulo: Martinari, 2012.

SANTOS, S. C. C.; SARAIVA, J. M.. Representações sociais de idosos/as sobre envelhecer com qualidade de vida e sua relação com o consumo de produtos e serviços. In: VII Semana das Ciências Sociais - Democracia, Governança e Participação, 2017, Recife. VII Semana das Ciências Sociais - Democracia, Governança e Participação - 2017, 2017.

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

SERAFIM, Lizandra, TEIXEIRA, Ana Claudia. Controle social das políticas públicas. Repente: participação popular na construção do poder local. São Paulo, PÓLIS, n.29, ago.2008. SILVA, Gilvan Ventura da; SOARES, Caroline da Silva. O 'fim' do Mundo Antigo em debate: da 'crise' do século III à Antiguidade Tardia e além. Nearco - Revista Eletrônica de Antiguidade, v. VI, p. 138-162, 2013.

YASBEK, M.C. Pobreza e exclusão social: expressão da questão social no Brasil apud Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Brasília, v.2, n.3, jan./jun, 2001.

ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE E A FORMA DE ENCARAR O RELACIONAMENTO ÍNTIMO

PRISCILLA FERREIRA LEMOS

Autor: Fisioterapeuta, mestranda, bolsista CAPES pelo PPGSS da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Contato: priskfl@gmail.com

TASSIANA GOMES AIRES PACHECO PINTO

Coautor: Fisioterapeuta especialista em traumatologia - ortopedia e desportiva, docente da Universidade Potiguar – UNP. Contato: tassiana_airespp@hotmail.com

RAÍRA KIRLLY CAVALCANTE BEZERRA

Coautor: Nutricionista, mestranda, bolsista CAPES pelo PPGSS da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Contato: rairakirilly29@gmail.com;

FRANCISCA PATRÍCIA BARRETO DE CARVALHO

Orientador: Enfermeira, doutora, docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Contato: patriciabarreto36@gmail.com

RESUMO

O envelhecimento é compreendido como um processo genético, fisiológico e gradativo do organismo. Está muitas vezes relacionado com enfermidades, onde o ambiente possui influência. Desde o século XIX, a sexualidade é abordada visando ampliar o seu conceito e compreensão. Independente de sinalizar avanços existem estigmas, ainda é cercada de tabus e preconceitos, principalmente em se tratando de idosos. Ao contrário do que muitos acham a sexualidade humana não se limita ao ato sexual, pois engloba a intimidade, o afeto e o contato. Mesmo com o processo de envelhecimento esses desejos não cessam. Objetivos: Fazer um levantamento sobre os fatores que influenciam no relacionamento íntimo e na sexualidade com o envelhecimento Métodos: Trata-se de uma revisão de literatura, onde foram elegíveis pesquisas publicadas entre fevereiro de 2010 e fevereiro de 2020. Resultados: A sexualidade continua sendo importante para muitos da faixa etária da chamada melhor idade, principalmente aos mais ativos fisicamente. O desejo em muitos casos prevalece ainda que a idade avance. O idoso sente-se constrangido ao tentar se comunicar até mesmo com o profissional de saúde a esse respeito, o que o leva a calar-se ou desenvolver atitudes negativas. Conclusão: As relações de intimidade e sexualidade do idoso deve ser discutidas sem gerar nenhum desconforto aos envolvidos, adotando estratégias que criem um ambiente propício para tratar de tais questões também cuidadores e familiares e a partir daí são diversos os fatores que influenciam na vivência saudável ou não desta necessidade humana, tendo reflexo inclusive na saúde emocional do idoso.

Palavras-chaves: Idoso; Sexualidade; Funcionalidade; Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ao divulgar anualmente as Estatísticas Mundiais de Saúde, reforça o compromisso na garantia de vidas saudáveis e da promoção do bem-estar para todas as idades, cobrindo as principais prioridades de saúde. Frente a esta concepção, a cobertura universal na promoção da saúde e prevenção de doenças nos ciclos da vida, destaca-se o crescimento da população idosa como uma realidade nas estatísticas sócio demográfica no contexto brasileiro e mundial.

Associar-se a promoção da saúde e os comportamentos saudáveis em todas as idades, são necessários para reduzir, prevenir e delongar o aparecimento de doenças crônicas, pela menor exposição aos comportamentos de risco ao longo da vida (OLIVEIRA, 2014).

Há sistemas familiares funcionais e disfuncionais. O primeiro tipo, ou seja, o grupo familiar funcional está apto a responder aos conflitos e situações críticas com certa estabilidade emocional, cabendo à família, dentre outras demandas, os cuidados. O segundo, se antagoniza com o primeiro, gerando conflitos, tensões e desestruturação das condições de convivência e afetando a qualidade de vida e saúde da pessoa idosa (PAIVA 2011; GONÇALVES 2011; VERA et al 2015).

Uma família funcional pode promover o desenvolvimento integral de seus membros e propiciar a manutenção de estados de saúde favoráveis, facilitando o crescimento de cada um dos seus integrantes, colaborando para a satisfação das necessidades materiais e afetivas em cada etapa da vida. Desse modo, uma adequada funcionalidade familiar sugere que a família esteja apta a absorver e lidar com situações de crise. Já as famílias disfuncionais são, em sua maioria das vezes, descritas como aquelas que não cumprem suas funções de acordo com a etapa do ciclo vital que se encontram e em relação às demandas que ocorrem ao seu redor (SILVA 2010)

O processo de envelhecimento segue um curso natural, progressivo e um declínio da capacidade funcional como um todo, na medida em que se destacam a percepção de risco, o estado de alerta, a atenção e a mobilidade tornam-se gradativamente reduzidas, aumentando de forma considerável a vulnerabilidade do indivíduo e as possibilidades de ele ser vitimado por um evento crítico, portanto, apresenta

maior vulnerabilidade frente a condição de fragilidades (LASCAS 2010). Nessas condições estão incluídas capacidade funcional, equilíbrio e mobilidade, função cognitiva, deficiências sensoriais, condições emocionais/presença de sintomas depressivos, disponibilidade e adequação de suporte familiar e social, condições ambientais e estado e risco nutricional (LASCAS 2010).

O envelhecer pode ser entendido como um processo genético, fisiológico e gradativo do organismo, e relaciona-se com enfermidades onde o ambiente possui influência. Segundo Dagios, et al. (2015) para a saúde pública, o envelhecimento é um grande desafio, pois essa população necessita de uma maior atenção dos serviços de saúde em relação às outras faixas etárias.

Na terceira idade, o desempenho funcional tende a decair, fisiologicamente (Silva, et al., 2014). Martinez, et al. (2014) fala que o envelhecimento acarreta mudanças na postura, resultando em diversas doenças, acarretando assim incapacidades e outros problemas de saúde.

Com o passar do tempo, o corpo vai passando por alterações fisiológicas, funcionais, psicológicas e bioquímicas. A agregação dessas alterações com outros fatores pode levar a uma modificação inclusive no padrão da marcha (FERNANDES et al., 2012).

Mediante alguns dados, em 20 anos as demências poderão atingir 74,7 milhões de pessoas em 2030 e 131,5 milhões em 2050. Tais doenças acarretam alguns danos, sendo estes, perdas cognitivas progressivas, incapacidade física e mental, o que leva também a possíveis impedimentos para a continuidade da sexualidade conjugal. Essa população, sem possibilidades viáveis, ou até mesmo as habilidades funcionais e muitas vezes com recursos familiares insuficientes para lidar com as adaptações necessárias, está propensa a desorganização individual e familiar, o que traz consequências negativas para o cuidado, o bem-estar, mas principalmente a sexualidade do casal. (LIMA et al., 2017).

Desde o século XIX, a sexualidade vem sendo abordada visando ampliar o seu conceito e compreensão. Independente de sinalizar avanços ainda existe estigmas, sendo cercada de tabus e impregnada de preconceitos, principalmente quando se refere a idosos. Ao contrário do que muitos acham a sexualidade humana não se limita ao ato sexual, pois engloba intimidade, o afeto e o contato. Mesmo com o

processo de envelhecimento esses desejos não cessam. (VENTURINI et al., 2018).

Darshan et al. (2015), fala que esse tema é pouco discutido, tanto cientificamente como profissionalmente. São observados lapsos em que os idosos são indivíduos assexuados, e por não serem mais jovens a atividade sexual teve um fim. Observando suas limitações, o desempenho e a capacidade erétil, a diminuição de diligência e a falta de cuidados psicológicos e interpessoais, entende-se que a sexualidade em indivíduos mais velhos não pode ser vista através das lentes da juventude.

Diante de tais fatos e sabendo-se da dificuldade apresentada por alguns idosos e até mesmo profissionais da saúde em abordar a temática, mostra-se de grande importância profissional e científica trazer a luz esse tema, podendo assim traçar planos preventivos relacionados às alterações decorrentes da relação entre envelhecimento e sexualidade, e no futuro melhorar o manejo e o apoio a referida população.

DESENVOLVIMENTO

O Ministério da Saúde (2009) trás para a população o Estatuto do Idoso, onde podemos observar algumas disposições preliminares:

Art. 1.º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Art. 2.º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhe, por lei ou por outros 7 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. Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O Ministério da Saúde (2015) cita que os passos para quebra de paradigmas são a formação do profissional de saúde com qualificação

para atender o idoso, transpassar preconceitos com os quais os idosos são rotulados como caducos, incapazes de aprender coisas novas, inservíveis, inatividade na sexualidade, o errôneo pensamento de que retornam a infância, entre outros, que constituem uma forma de violência contra estes. Sem a atenção necessária para ouvir suas queixas e reclamações atrasam-se os diagnósticos.

O Ministério da Saúde (2015) relata ainda, que os cidadãos idosos formam um grupo bastante diferenciado, onde se destacam nas condições sociais quando dos aspectos demográficos dos demais grupos etários. A desigualdade socioeconômica é uma das razões para que isso ocorra, existe uma ausência, ou até mesmo uma insuficiência de suporte institucional, que representam situações vigentes na população brasileira.

O envelhecimento causa perdas gradativas ao organismo, como funcional e estrutural, gerando alterações musculares, ósseas, dentre outras, levando a uma redução da autonomia funcional (LUNARDELLO et al., 2016).

Manço et al. (2014) relata que com o passar dos anos o sistema nervoso central vai comprometendo algumas habilidades devido ao envelhecimento, que são: o processamento dos sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal e da locomoção, os reflexos adaptativos diminuem sua capacidade juntamente com os sistemas envolvidos. Sendo que os mais prejudicados são os sistemas musculoesquelético, neuromuscular e somatossensorial, levando o idoso a ter alterações bem significativas do equilíbrio e propiciando as quedas.

A avaliação é de suma importância para captar as necessidades dos idosos, analisando a rede social e a qualidade de vida para compreender melhor o inevitável (BAHRAMNEZHAD et al., 2017).

Na maioria das vezes, existe uma resistência em abordar saúde sexual por parte dos profissionais de saúde, pois é uma questão marcada por tabus e preconceitos que gera grandes debates. A sexualidade contempla aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos, essas características alcançam relações amorosas que envolvem laços afetivos, ligadas ao desejo, as necessidades, ao contrário do que as pessoas pensam não se restringe à meta reprodutiva ou ao ato sexual. A sexualidade é manifestada em cada pessoa de uma forma

diferente, depende do estilo de vida que adotamos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nascimento et. al. (2017), comenta que sexualidade é a forma como o sujeito expressa seu sexo, sendo um importante componente na estruturação da personalidade. Pode ser demonstrada por gestos, entonações, adereços, voz. Abrange as dimensões psicológicas, culturais, espirituais e sociais, sendo que a sua manifestação corporal inclui os sentidos, os sentimentos e as emoções. Para a psicanálise, a sexualidade envolve uma série de atividades que proporcionam a satisfação de uma necessidade fisiológica, porém não se limita ao ato sexual. Discute-se que a resposta ao prazer sexual, por envolver as dimensões biopsicossocial e espiritual, forma uma unidade dialética que compreende o bem-estar sexual associado ao conceito de saúde em sua integralidade.

O desejo sexual vem sendo tratado como uma das necessidades humanas primordiais, porém em relação aos idosos a sociedade imagina que esses indivíduos não expressam mais tal interesse e os que os demonstram são considerados com um comportamento desviante. Os idosos sentem o desejo sexual, principalmente os que foram ativos durante toda sua vida. Com o passar dos anos, o sentimento de interesse, a necessidade de intimidade, a comunicação e o desejo sexual permanecem, o que modifica é a diminuição das relações sexuais. O que muitas vezes dificulta essa prática é a falta de uma pessoa ao seu lado, o que leva alguns idosos a buscarem relacionamentos alternativos (TABATABAEICHEHR et al., 2018).

Supõe-se que para que haja o funcionamento sexual, os aspectos motivacionais, fatores emocionais e cognição, carecem de funcionamento cognitivo intacto, mas a literatura ainda é escassa sobre a associação entre funcionamento cognitivo e comportamento sexual (HARTMANS; COMIJS; JONKER, 2013).

Se houvesse uma maior compreensão sobre a sexualidade e demência em idosos, a qualidade de vida dessas pessoas, seus familiares e cuidadores formais teria um real potencial de contribuição a uma temática negligenciada (BENBOW; BEESTON, 2012).

Lichtenberg (2013) relata que a demência afeta a disfunção cerebral, normalmente reduz a iniciação e aumenta a apatia, reduzindo, assim, a expressão sexual. Porém também, em alguns casos, a

demência aumenta a desinibição e a hipersexualidade. Assim sendo, boa parte das pessoas com demência continua sentindo o desejo profundo por intimidade física e satisfação sexual, e esses sentimentos não são supridos por amizades.

A desatenção da sociedade com a vida sexual do idoso é fato. A terceira idade vem aumentando gradativamente a expectativa de vida, e com ela algo negativo, o aumento de doenças crônicas, o que acompanha problemas na sexualidade (REZASOLTANI et al., 2016).

Nos lares de idosos, percebe-se que esses indivíduos não possuem parceiro sexual, assim como há a falta de privacidade e as limitações físicas, formando barreiras sexuais (PALACIOS- CEÑA et al., 2016)

Mahieu e Gastmans (2011) diz que mesmo estando em um asilo, o desejo sexual não diminui. A sexualidade é essencial na existência humana, apesar de continuar sendo um assunto delicado para muitos cuidadores e familiares.

Ollagnier (2011) menciona que, a sexualidade é um tabu dentro das famílias e principalmente quando o paciente é idoso. Ele necessita que em seu projeto de vida haja inclusão da sexualidade e que a mesma seja discutida dentro da equipe que o cuida.

Devido a preconceitos de suas famílias, muitos idosos ficam abatidos e se recolhem. Muitas dessas famílias escandalizam-se com a ideia de idosos sentirem prazer, trocarem carícias entre si e terem ato sexual. Assim, os idosos vão perdendo o desejo, vão o adormecendo (SANTANA et.al., 2014).

Simpson et al. (2016), afirma que quando idosos tentam manifestar sua sexualidade e intimidade são frequentemente ridicularizados. Internacionalmente, o sexo foi uma inobservância, a sexualidade e a intimidade na vida adulta, o que exclui a sexualidade envelhecida. São ambientes que devem ser observados e investigados por várias razões, sabe-se que o desejo e a necessidade de intimidade não desaparecem com a idade.

Os homens e as mulheres praticam a sexualidade por toda a sua vida, são componentes importantes da intimidade emocional e física. Existem pesquisas que sugestionam que uma boa parte de homens e mulheres mesmo com a velhice permanece sexualmente ativos, o que quebra o mito onde o envelhecimento e a disfunção sexual estão ligados. Nos dias atuais, existem várias opções terapêuticas disponíveis

as quais os pacientes podem atingir a capacidade sexual máxima na melhor idade. Hoje, a literatura ainda deixa a desejar, em relação à atividade sexual e ao envelhecimento. Uma conscientização completa pode gerar expectativas significativas para esses idosos, melhorando com isso o aspecto de suas qualidades de vida (LOCHLAINN; KENNY, 2013).

Sexualidade senil pode ser mal interpretada pelo preconceito e pela ignorância. Os comportamentos sexuais de pessoas idosas podem mudar por aspectos físicos, farmacológicos, psicológicos e relacionais entre os parceiros. O foco de um relacionamento é beijar, tocar e outros comportamentos sexuais, não frisar apenas o ato sexual (HARIMA, K; 2013).

Hoje, graças à ciência, os idosos podem ter uma vida sexual ativa de maneira prazerosa. Unido a isso, é fundamental que as pessoas pensem diferente e aceitem que o sexo também pode ser praticado por idosos (SANTANA et. al., 2014).

METODOLOGIA

Para a elaboração desta pesquisa foi realizado um levantamento bibliográfico denso acerca da sexualidade do idoso. Na sua condução foi utilizada a seguinte questão: Como se dá a relação entre envelhecimento e sexualidade, e como a sociedade a enxerga? Tendo por critérios de inclusão: Artigos indexados compreendendo os últimos 10 anos de pesquisa (Março de 2010 à Março de 2020); Artigos que abordassem o tema do envelhecimento da população; Artigos que trouxessem a temática da sexualidade e relações sexuais entre idosos. Os critérios de exclusão foram: Pesquisas anteriores a 2010; Artigos que mesmo trazendo por tema o envelhecimento, viesassem por patologias específicas.

Foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed, LILACS, Ministério da Saúde e SciELO. Os descritores empregados para a busca dos artigos analisados estão de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e foram: Vivência; Sexualidade; Idoso e Tabú. Inicialmente 362 artigos foram identificados, e destes, 23 atenderam aos critérios de inclusão e exclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Lauretani et al. (2017) relata que nas últimas décadas pesquisadores estão estudando o processo de envelhecimento e suas interações com as doenças relacionadas à idade. Sabe-se que o sistema nervoso é primordial para manter a integridade dos músculos. A força e a massa muscular reduzida podem levar a fragilidade, interferindo na velocidade e mobilidade da marcha, o que pode levar a perda de independência. O simples fato de ter medo de cair deixa muitos idosos com o grau de mobilidade diminuído, afetando conseqüentemente seu desempenho físico íntimo e a qualidade de vida.

Ogata e Nakamura (2016) descrevem que os sinais e sintomas apresentados precocemente são importantes para a prevenção e intervenção de doenças crônicas, mas observar a execução das atividades de vida diária e as atividades instrumentais são formas de avaliar as dificuldades e incapacidades vivenciadas. Já Mitani et al. (2018) sugere que sejam realizados exames de saúde específicos para investigar a relação com a

Ishibashi (2017) exemplifica que no Japão, onde a população mais idosa do mundo se encontra, vários ensaios estão sendo feitos mostrando que exercícios e hábitos esportivos levam a melhora e manutenção das funções motoras, prevenindo assim o aparecimento de doenças musculoesqueléticas. Essas intervenções além de indicar melhoras na funcionalidade geral, poderiam agir na prevenção da síndrome locomotora e até mesmo prolongar a expectativa de vida sexual saudável.

Nakamura (2015) em acordo com o disposto acima, expõe que o exercício físico é muito importante para os idosos, pois melhora o condicionamento físico e a mobilidade, evitando que se instale a fragilidade, a sarcopenia, e a degeneração das cartilagens e discos, fatores que contribuem para a diminuição da funcionalidade de sua intimidade sexual.

A sexualidade, para qualquer pessoa, transfigura-se em um modo de encontro, comunicação, relação ou até mesmo expressão de afetos. Com isso, os idosos estão cada vez mais cientes que, em razão da idade, não podem ser desfavorecidos de uma vida saudável e nisto se inclui a sexualidade. A ausência de conhecimento acerca das

mudanças fisiológicas que acontecem na atividade sexual e as pressões culturais, são dois fatores que caracterizam o tumulto emocional nessa fase da vida (ARAÚJO; ZAZULA, 2015).

Frugoli e Magalhães Júnior (2011) cita que:

É normal que, com avançar da idade, ocorra um declínio da atividade sexual, verificando que as relações de sedução podem ser mais facilmente reconhecidas e reivindicadas do que o próprio ato sexual. Com isso é possível mostrar que sexualidade não é só o ato sexual, mas envolve amor, partilha, calor, toque, enfim, todas as formas que expressam a busca pelo prazer.

Ainda segundo Santana et. al. (2014) nem sempre o tema sexualidade é abordado com abertura, já que se refere a vivências pessoais bastante íntimas, principalmente quando se trata de sexo na terceira idade. A sociedade, muitas vezes, devido a uma visão restrita em relação a velhice, bem como a sexualidade, especifica esse período como período assexual e até como androginia. Assim, o idoso haveria apenas encarrega-se de papel de avô/avó. Porém assim como as pessoas jovens, os idosos também sofrem com problemas sexuais e preocupações; no entanto, os fatores psicológicos e biológicos podem necessitar mais atenção.

Os médicos e demais profissionais da saúde devem aprender a lidar também com o que leva a perda da intimidade sexual no idoso e não somente a dor em si. O equilíbrio muscular no comprimento e tensão muscular é fundamental para a função normal; portanto, desequilíbrios musculares alterados normalmente causam padrões de movimento alterados e com frequência resultam, em síndromes dolorosa o que dificulta e muito o relacionamento íntimo (SALAS, 2019).

A maioria da sociedade comporta-se de modo a rejeitar a sexualidade do idoso. As pessoas acham que a sexualidade é genitalidade, não aprovam que o idoso possa ter uma relação, esquecem que a afetividade é fundamental para o ser humano (MASCHIO et.al., 2011). O idoso pode atingir e manter atividade sexual satisfatória compreendendo o conhecimento cabível do seu corpo, mudanças físicas e possuindo informações no que diz respeito a sexualidade (FRUGOLI; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011).

Um dos principais medos de envelhecer é perder a função física, é fundamental preservar a independência motora, pois a perda traria grandes consequências (MORONI 2017). A fisioterapia é baseada em evidências científicas e não farmacológicas, compreende exercícios de alongamento e fortalecimento e trata individualmente (SAPER,2016).

Por serem julgadas pela aparência e pela capacidade reprodutiva, as mulheres são as mais atingidas pelos preconceitos. O corpo da mulher idosa por não ser mais fecundo e produtivo, termina sendo julgado pela sociedade de feio e desinteressante e assexuado. As mulheres se sentem assexuadas devido o envelhecimento está relacionado a ausência de libido (FRUGOLI; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011). A diminuição dos desejos e frequência, vem sendo apontadas pelas idosas como perdas naturais nessa fase. Existem modificações biológicas, sociais e psicológicas que de alguma maneira podem induzir como elas vivem sua sexualidade, tomando como modelo suas experiências (NASCIMENTO et.al., 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contrário do que a população imagina a sexualidade continua sendo importante para muitos da faixa etária da chamada melhor idade, principalmente aos que são ativos. O desejo não desaparece com a idade, em muitos casos ele prevalece trazendo assim, todos os sentimentos e comportamentos gerados a partir deste fato.

Depreende-se ainda através dessa pesquisa, o vínculo familiar como um ponto forte de influência sobre a terceira idade. Pois, ao focar a realidade na qual muitos destes estão inseridos em seu seio familiar, notou-se que aqueles cujo desempenho familiar era satisfatório, apresentavam menos vulnerabilidades. Aqueles idosos que não possuíam com quem dividir os problemas, adentravam em um estado de desespero e impotência, trazendo inúmeros agravos para sua saúde mental e física.

Diante disso, desperta-se para a carência do desenvolvimento de atividades nesse âmbito com o objetivo de promover uma melhor saúde ao idoso, através da garantia de sua autonomia e da participação nas decisões, salientando-se a dinâmica e a funcionalidade da

convivência familiar deles e dando enfoque para a coexistência com menos conflitos e aprimoramento da qualidade assistencial.

O idoso muitas vezes sente-se constrangido ao tentar se comunicar até mesmo com o profissional de saúde a esse respeito, o que gera atitudes negativas, por isso estes profissionais, devem quebrar o tabu a cerca desta temática, sobretudo porque que a saúde sexual do idoso deve ser discutida sem gerar nenhum desconforto para ambos os lados, adotando estratégias que criem um ambiente propício para tratar e cuidar de tais questões. Sugere-se que outros estudos sejam desenvolvidos abordando esta temática, sobretudo de forma mais prática, visando abrir o diálogo e a visão dentro das famílias a cerca destes fatos e levando a uma melhor qualidade de vida ao idoso.

REFERÊNCIAS

BAHRAMNEZHAD, Fatemeh et al. The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic Physician*, [s.l.], v. 9, n. 5, p.4306-4311, 25 maio 2017. Mehr Publishing Group. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.19082/4306>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BENBOW, Susan Mary; BEESTON, Derek. Sexuality, aging, and dementia. *International Psychogeriatrics*, [s.l.], v. 24, n. 07, p.1026-1033, 14 mar. 2012. Cambridge University Press (CUP). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/s1041610212000257>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

DAGIOS, Paulo; VASCONCELOS, Cidia; EVANGELISTA, Dilson Henrique Ramos. Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos não institucionalizados participantes de um centro de convivência e idosos institucionalizados em Ji-Paraná/RO. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p.469-484, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/41571/35451>>. Acesso em: 04 mar. 2020.

DARSHAN, Ms et al. Sexual disorders among elderly: An epidemiological study in south Indian rural population. *Indian Journal Of Psychiatry*, [s.l.], v. 57, n. 3, p.236-0, 2015. Medknow. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.166618>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

FERNANDES, Ana Mércia Barbosa Leite et al. Efeitos da prática de exercício físico sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. *Fisioterapia em Movimento*, Curitiba, v. 25, n. 4, p.821-830, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v25n4/a15v25n4.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

GONÇALVES LHT, COSTA MAM, MARTINS MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of Elder elderly in the contexto of Porto, Portugal. *Rev Lat Am Enferm*. 2011; 19(3):458-66. [citado em 2017 dez. 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300003.

HARIMA, K. Diagnosis and care of senile sexual problems. *Nihon Rinsho*, v. 6, n. 71, p.1842, out. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24261217>>. Acesso em: 20 mar. 2020.

HARTMANS, Carien; COMIJS, Hannie; JONKER, Cees. Cognitive functioning and its influence on sexual behavior in normal aging and dementia. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, [s.l.], v. 29, n. 5, p.441-446, 9 set. 2013. Wiley. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1002/gps.4025>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

ISHIBASHI Hideaki. The significance of exercises and sports in the locomotive syndrome prevention. *Clin Calcium*. 2017;27(1):9-15. doi: CliCa1701915. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28017940>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28017940>>. Acesso em: 17 de mai. de 2019.

JESUS, Patrícia Britto; BRANDÃO, Euzeli Silva; SILVA, Carlos Roberto Lyra. Nursing care to clients with venous ulcers an integrative review of the literature. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, [s.l.], v. 7, n. 2, p.2639-0, 1 abr. 2015. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2639-2648>. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2176/pdf_1561>. Acesso em: 17 mai. 2020.

LAURETANI, Fulvio et al. "Brain-muscle loop" in the fragility of older persons: from pathophysiology to new organizing models. *Aging Clinical And Experimental Research*, [s.l.], v. 29, n. 6, p.1305-1311, 23 fev. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-017-0729-4>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28233284>>. Acesso em: 17 de mai. de 2019.

LACAS A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*. 2012; Londres, 10:4. [citado em 2017 dez. 28]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271962/>.

LIMA, Claudia Feio da Maia et al. Therapeutic nursing care: transition in sexuality of the elderly caregiving spouse. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 70, n. 4, p.673-681, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0256>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LICHTENBERG, Peter A.. Sexuality and Physical Intimacy in Long-Term Care. *Occupational Therapy In Health Care*, [s.l.], v. 28, n. 1, p.42-50, 19 dez. 2013. Informa UK Limited. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/07380577.2013.865858>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LOCHLAINN, Mary Ni; KENNY, Rose Anne. Sexual Activity and Aging. *Journal Of The American Medical Directors Association*, [s.l.], v. 14, n. 8, p.565-572, ago. 2013. Elsevier BV. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

LUNARDELLO, Luis Fernando Aguiar et al. GINÁSTICA GERAL PODE MELHORAR A MARCHA E A CAPACIDADE CARDIOVASCULAR DE IDOSOS. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 22, n. 4, p.306-310, 10 jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v22n4/1517-8692-rbme-22-04-00306.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MAHIEU, Lieslot; GASTMANS, Chris. Sexuality in institutionalized elderly persons: a systematic review of argument-based ethics literature. *International Psychogeriatrics*, [s.l.], v. 24, n. 03, p.346-357, 24 ago. 2011. Cambridge University Press (CUP). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/s1041610211001542>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

MANÇO, Amábile Rodrigues Xavier et al . A associação entre a ocorrência de quedas e a alteração de equilíbrio e marcha em idosos. *Revista Saúde e Pesquisa*. v. 7, n. 1, p. 25-34, jan./abr. 2014 - ISSN 1983-1870 Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3169>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MARTINEZ, Edson Zangiacomi et. al. A Associação Entre a Ocorrência de Quedas e a Alteração de Equilíbrio e Marcha em Idosos. *Revista Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 7, n. 1, p.25-34, abr. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3169/2206>>. Acesso em: 02 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estatuto do Idoso: Série E. Legislação de Saúde. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL DA SAÚDE. Saúde da Pessoa Idosa: SUS combate sedentarismo e estimula a autonomia e a participação social. 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/sas-noticias/16216-saude-da-pessoa-idosa-sus-combate-sedentarismo-e-estimula-a-autonomia-e-a-participacao-social>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Cadernos de atenção básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

MITANI, Genya et al. Evaluation of the association between locomotive syndrome and metabolic syndrome. *Journal Of Orthopaedic Science*, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1056-1062, nov. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jos.2018.07.004>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30072281>>. Acesso em: 17 de mai. de 2019.

MORONE NE, Greco CM, Moore CG, Rollman BL, Faixa B, Morrow LA, et al. Um programa mente-corpo para idosos com dor lombar crônica: um ensaio clínico randomizado. *JAMA Internal Medicine* 2016 Mar; [Acesso 09 de agosto de 2019]; 176 (3): 329-337. Disponível em: <https://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/47305>

NAKAMURA K et al. The concept of locomotive syndrome and its relationship with frailty and sarcopenia. *Nihon Rinsho*. 2015 Oct; 73(10):1746-53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26529941>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26529941>>. Acesso em: 17 de mai. de 2019.

NASCIMENTO, Renata Fernandes et al. Vivência da sexualidade por mulheres idosas. *Revista Enfermagem Uerj*, Rio de Janeiro, v. 25, p.1-5, ago. 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/20892/22650>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

OGATA, Toru; NAKAMURA. KozoLocomotive Syndrome: Definition and Management. *Clinical Reviews In Bone And Mineral Metabolism*, [s.l.], v. 14, n. 2, p.56-67, 25 maio 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s12018-016-9208-2>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27375370>>. Acesso em: 17 de mai. de 2019.

OLLAGNIER C, CETOUT E, COUTINEAU M. The sexuality of the elderly in care institutions. *Rev Infirm.*,v. 1, n. 30, p.176, dez. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cetout%20E%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=22256524>. Acesso em: 25 mar. 2020.

OLIVEIRA SC, SANTOS AA, PAVARINI, SCI. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. *Rev esc enferm USP*. 2014; 48: 65-71. [citado em 2017 dez. 16]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/pt_0080-6234-reeusp-48-01-65.pdf.

PAIVA ATG, BESSA MEP, MORAIS GLA, SILVA MJ, OLIVEIRA RDP, SOARES AMG. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enferm*.

2011; 16 (1): 22-81. [citado em 2017 dez. 17]. Disponível em: file:///C:/Users/Cliente%20-%20AssisTec/Downloads/21107-75881-1-PB.pdf.

PALACIOS-CEÑA, Domingo et al. Expressing sexuality in nursing homes. The experience of older women: A qualitative study. *Geriatric Nursing*, [s.l.], v. 37, n. 6, p.470-477, nov. 2016. Elsevier BV. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.020>>.

PRODANOV C.C.;FREITASE.C.de.METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. Ed. Rio Grande do Sul: Feevale, 2013. 276 p>. Acesso em: 25 mar. 2020.

REZASOLTANI, Parvaneh et al. Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal Of Research In Medical Sciences*, [s.l.], v. 21, n. 1, p.136, 2016. Medknow. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4103/1735-1995.196618>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SALAS E, Hulla R, Vanzzini N, Trowbridge C, Brotto M, Keller D, Gatchel RJ. A eficácia relativa de dois métodos de exercício para idosos com dor lombar crônica: um estudo preliminar de controle randomizado. *Revista de Pesquisa BioComportamental Aplicada* 2019; [Acesso 09 de agosto de 2019]; 24 (1): e12132. Disponível em: <https://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/53372>

SANTANA, Maria Anunciada Souto et al. SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: COMPREENSÃO E PERCEPÇÃO DO IDOSO, FAMÍLIA E SOCIEDADE. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 12, n. 1, p.317-326, jul. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1385>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SAPER RB, Chelsey L, Delitto A, Sherman KJ, Herman PM, Sadikova E, et al. Yoga, Fisioterapia ou Educação para Lombalgia Crônica. Um ensaio randomizado de não inferioridade. *Ann Intern Med*. 2017; [Acesso 09 de agosto de 2019]; 18 de julho; 167 (2): 85-94. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6392183/>

SILVA, Gêrda Coêlho e et. al. Avaliação da capacidade funcional de idosos. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília*, p.2990-3003, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13774/9708>>. Acesso em: 04 mar. 2020.

SILVA LES, Freire FHMA, Pereira RHM. Diferenciais de mortalidade por escolaridade da população adulta brasileira, em 2010. *Cad Saud Pub*. 2016; Rio de Janeiro, 32:4. [citado em 2017 dez. 28]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000400709&script=sci_abstract&lng=pt.

SIMPSON, Paul et al. The challenges and opportunities in researching intimacy and sexuality in care homes accommodating older people: a feasibility study. *Journal Of Advanced Nursing*, [s.l.], v. 73, n. 1, p.127-137, 30 ago. 2016. Wiley. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jan.13080>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

TABATABAEICHEHR, Mahbubeh et al. Sexual Desire and Related Factors in Middle-Aged and Elderly Married Women: A Cross-Sectional Study in Iran. *Open Access Macedonian Journal Of Medical Sciences*, [s.l.], v. 6, p.0-1, 10 out. 2018. ID Design 2012/DOOEL Skopje. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3889/oamjms.2018.383>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

VENTURINI, Larissa et al. Atuação da equipe de enfermagem frente à sexualidade de idosas institucionalizadas. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, [s.l.], v. 52, p.0-1, 25 jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017017903302>>. Acesso em: 25 mar. 2020.

Vera I, Lucchese R, Nakatani AYKPV, Montefusco SRA, Sadoyama G. Funcionalidade familiar em longevos residentes em domicílio. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1): 68-75. [citado em 2017 dez. 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0068.pdf>.

WORLD Health Statistics (WHO). *Monitoring Health for the Sustainable Development Goals (SDGs)*. 2016.

A CASA QUE HABITO: ELEMENTOS DO LUGAR QUE FACILITAM A ADAPTAÇÃO DA PESSOA IDOSA

MIRIAM DE FARIAS PANET

Doutora pelo PPGAU/UFRN e professora Adjunta no curso de Arquitetura e Urbanismo da UFCG, miriam.farias@professor.ufcg.edu.br;

BRUNA SANDRELLE CORREIA LOPES

Graduanda do Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, brunasandrellecl@gmail.com;

MATHEUS PIMENTEL FIGUEIREDO LUNA

Graduando do Curso de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, matheus.pfluna@outlook.com@gmail.com

RESUMO

O artigo apresenta como objeto de estudo a adaptação das pessoas idosas no Residencial Cidade Madura, localizado na cidade de Campina Grande – Paraíba. O referido Residencial é uma iniciativa pioneira no que diz respeito a moradia para pessoas idosas no Brasil. O empreendimento foi estudado a partir da metodologia de avaliação pós ocupação, com diferentes técnicas e instrumentos de pesquisa, investigando a relação pessoa-ambiente e analisando aspectos físicos e espaciais, a partir do senso de urbanidade e de habitabilidade, a fim de avaliar elementos do lugar que facilitam a adaptação da pessoa idosa no ambiente residencial. Cada ambiente da unidade habitacional foi estudado fisicamente – considerando áreas e dimensões; espacialmente – considerando formas de organização interna; e pessoalmente – considerando a percepção dos moradores, visando compreender as possibilidades e realidades de ocupação. Os resultados apontaram que o sentimento de pertencimento ao lugar, refletido pela adaptação do morador, é facilitado quando o espaço físico proporciona maior flexibilidade nos arranjos espaciais, com possibilidades de organizar o mobiliário próprio do morador como desejado. Além disso, as relações de vizinhança também contribuem na adaptação. A partir do diagnóstico de cada ambiente da unidade habitacional, realizado por diferentes parâmetros, foi possível sugerir recomendações, considerando a individualidade de cada morador.

Palavras-chave: Habitação para pessoas idosas, Avaliação pós-ocupação, habitabilidade.

INTRODUÇÃO

O número de pessoas idosas tem crescido em quase todos os países. No Brasil, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008), em 2050 a população relativa de pessoas com 60 anos ou mais será de 29,75%, com expectativa de vida de 81 anos. Comparando os dados demográficos do ano de 2010 (19.282.049), a população de pessoas idosas irá mais que triplicar em 2050, com número de habitantes estimado para 64.050.980. Tais dados nos levam ao seguinte questionamento: as habitações para pessoas idosas estão preparadas para suas necessidades?

Nesse contexto discute-se dois conceitos relevantes ao tema: "o envelhecimento ativo" e o "envelhecimento bem-sucedido". O primeiro, consiste nos "(...) **processos de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem**" (OMS, 2009. p.10). Uma cidade amiga do idoso deve considerar os seguintes determinantes para um envelhecimento ativo: determinantes econômicos, comportamentais, sociais, físicos, serviços sociais e de saúde. Para tanto, compreende-se esses determinantes "**sob uma perspectiva do curso de vida, que reconhece que os idosos não formam um grupo homogêneo, e que a diversidade individual aumenta com a idade**" (OMS, 2009. p.10). Sobre tal aspecto, citamos Alexander et al (1977) acerca dos ciclos de vida (**Life cycle**). Segundo os autores, a definição do ciclo de vida deveria ser a partir de uma visão psicológica da realidade, e não apenas pela idade cronológica, variando entre infância, fase adulta e velhice.

"Erikson (1959) descreve a sequência de fases que uma pessoa deve passar no processo de amadurecimento e sugere que cada fase seja caracterizada por uma tarefa específica de desenvolvimento, como uma solução bem-sucedida de algum conflito da vida, e que esta tarefa deve ser resolvida pela pessoa antes de passar para a próxima fase da vida" (ALEXANDER et al, 1977. p. 141).

Quando os obstáculos impostos pelas fases da vida são amparados pela sociedade, seus efeitos limitadores podem ser minimizados. Sobre o mesmo ponto de vista, apresentamos o conceito de envelhecimento bem-sucedido (**successful ageing**), comumente usados para

descrever uma boa velhice. Tal conceito, ou termo, refere-se ao processo de envelhecimento no qual o indivíduo consegue retardar por mais tempo os impactos e pressões do meio em si próprio, se adaptando melhor às limitações impostas pela idade avançada. A boa relação entre o indivíduo e o meio em que vive favorece a qualidade do envelhecimento (PAÚL, 2005).

Como se pode ver, a integração com o meio em que vivem é um importante agente para o envelhecimento bem-sucedido. Para tanto, de acordo com Alexander et al (1977), as pessoas idosas só podem ser integradas socialmente se a integração física for possibilitada primeiro. Ou seja, é preciso que os espaços sejam preparados para que a pessoa idosa possa ter acesso às mesmas calçadas, ruas, estabelecimentos comerciais, de saúde e de lazer, que as demais pessoas de faixas etárias distintas.

Portanto, para os autores, a melhor forma de atender as necessidades das pessoas idosas é proporcionando a possibilidade de permanecerem morando onde conhecem seus vizinhos, mesmo que sozinhas, mas sempre perto de pessoas de diferentes faixas etárias, com os cuidados necessários às suas limitações e, sempre, proporcionado o máximo de autonomia possível. Aqueles com maior limitação receberiam maiores cuidados, ao passo que os mais autônomos teriam mais independência nas atividades da vida diária.

No Brasil, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) asseguram o direito à moradia digna, podendo morar com a família ou desacompanhado, desde que seja de preferência da pessoa idosa. A moradia em instituições de longa permanência para idosos – ILPI - deve ocorrer pelos seguintes motivos: (1) por opção da pessoa idosa, (2) em caso de não possuir família ou (3) quando não apresentar condições de manter sua própria sobrevivência. Quanto ao estado físico das habitações particulares, os programas de assistência ao idoso devem desenvolver condições de adaptação de suas moradias, considerando seu estado físico e sua autonomia.

Neste contexto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), em parceria com a Secretaria de Atenção Básica, vêm desenvolvendo programas de saúde e atenção básica à população, como é o caso do programa Melhor em Casa ou Atenção Domiciliar (AD), executado em parceria com estados e municípios

brasileiros. O programa está voltado à atenção de pessoas com necessidade de reabilitação motora, com doenças crônicas, em situação pós- cirúrgica e pessoas idosas, oferecendo assistência humanizada e multiprofissional em domicílio, com equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta. Podendo incluir, quando necessário, a assistência de fonoaudiólogos, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e farmacêuticos (BRASIL, 2003). Segundo dados estatísticos de 2012, 68,9% dos usuários do programa Melhor em Casa são pessoas idosas, sendo que 31,1% dos pacientes atendidos são aqueles com idade superior a 80 anos (HOFFMANN; LOBO, 2014).

Manter a pessoa idosa em seu ambiente residencial não somente contribui para a qualidade de vida dessa população como também é um mecanismo de redução da ocupação de leitos em hospitais e em ILPI. Todavia, para que seja realmente eficaz, a casa da pessoa idosa deve estar preparada para recebê-la. Tanto no aspecto físico (adaptações da estrutura física às possíveis limitações), quanto no aspecto social e de saúde.

Alexander et al (1977) sugerem a disposição de um complexo residencial para pessoas idosas, com cerca de 50 habitações, considerando suas necessidades. Para os autores, deveria haver um núcleo central com serviços de saúde e uma cozinha para preparo das refeições. Em seu entorno imediato ficariam dispostas as casas das pessoas, com maiores limitações, enquanto as demais ficariam entre as outras casas do bairro, mas não mais distantes que 2km do núcleo central.

Um modelo alternativo às convencionais ILPI são os estabelecimentos de moradia assistida, desenvolvido por Wilson (2000). Com a intenção de resolver o problema de pessoas idosas que, como a sua mãe, precisavam de cuidados especiais, mas se negavam a abandonar o lar, Keren Brown Wilson desenvolveu o conceito de Moradia Assistida. Tal conceito tem como meta principal o comprometimento com os valores de independência, possibilidade de escolhas e dignidade do indivíduo (WILSON, 2000).

No entendimento de Wilson (2000), as casas de repouso tradicionais (*long-term care*) têm como objetivo principal cuidar do idoso e protegê-lo de acidentes. Entretanto, tais cuidados significam a perda

da independência e autonomia do indivíduo institucionalizado. Do ponto de vista das pessoas idosas, a preservação da liberdade constitui um bem maior que a proteção contra riscos. Os estabelecimentos de moradia assistida criados por Wilson baseiam-se na composição de três modelos: (a) **residencial model**, para o componente residencial; (b) **hotel model**, para uma abordagem hoteleira dos serviços e (c) **model consumer**, para os cuidados de saúde. Esses estabelecimentos possuem atributos de uma residência particular, como espaços privados e mobiliários de propriedade do idoso. A moradia assistida seria a composição de ambientes residenciais, hoteleiros e de saúde. "**Com a moradia assistida, como ficou conhecido o conceito de Wilson, a meta era que ninguém se sentisse institucionalizado**" (GAWANDE, 2015).

Na Paraíba, o Residencial Cidade Madura é visto, pelos autores do presente artigo, como uma alternativa aos estabelecimentos de moradia assistida. O residencial foi concebido pela Companhia Estadual de Habitação Popular – CEHAP, e implantado nas cidades de João Pessoa (2014), Campina Grande (2015) e Cajazeiras (2016). Segundo a CEHAP - o programa Cidade Madura consiste em um condomínio horizontal fechado, planejado para atender às necessidades das pessoas idosas. O projeto, semelhante entre as três cidades, conta com 40 unidades habitacionais. Cada unidade possui os seguintes cômodos: um quarto, um banheiro adaptado, uma sala com cozinha americana e uma varanda. Nas áreas comuns há uma praça com espaço para horta comunitária; uma pista de caminhada; um centro de vivência; uma unidade de saúde composta por: um consultório médico e odontológico, uma sala de curativos, enfermaria e sala de repouso para plantonista (<http://www.cehap.pb.gov.br/site/cidade-madura.html>).

Considerando o que foi exposto, o presente artigo apresenta os resultados de uma pesquisa de Avaliação Pós-ocupação – APO - desenvolvida no condomínio residencial Cidade Madura, na cidade de Campina Grande/PB, nos anos de 2019 e 2020. A questão de pesquisa que norteou os estudos a serem apresentados é a seguinte: Quais atributos da moradia facilitam na adaptação do idoso? A partir de tal questionamento, suspeita-se que a adaptação e a criação de um vínculo da pessoa idosa com a nova moradia não dependem apenas do espaço físico construído, mas da interação social com a vizinhança de

mesma faixa etária, assim como de crianças e jovens. Assim, a pesquisa teve como objetivo avaliar a capacidade do espaço construído de facilitar a adaptação das pessoas ao novo ambiente residencial.

O método utilizado é o hipotético dedutivo, pois parte de uma hipótese a ser respondida através da análise de resultados, obtidos na investigação de um objeto, utilizando-se de múltiplos métodos de Avaliação Pós-ocupação – APO. Os resultados estão organizados por duas escalas de análise: (a) a escala da implantação e (b) a escala das unidades habitacionais. Os conceitos norteadores da pesquisa e estruturadores das escalas de análise foram construídos a partir do Senso de Urbanidade e do Senso de Habitabilidade, propostos por Barros e Pina (2010).

METODOLOGIA

O estudo a seguir, está descrito em duas etapas principais: (i) **o estudo observacional**: desenvolvido a partir de visitas a campo e aplicação de técnicas de Avaliação pós-ocupação para a coleta de dados, como: a) entrevista estruturada; b) formulário de observação e c) levantamento físico dos espaços; (ii) **a sistematização e análise dos dados**. A seguir, tem-se a descrição de como ocorreu cada etapa metodológica.

Na etapa de **estudo observacional**, a entrevista estruturada foi aplicada aos moradores, através de um formulário de perguntas dividido em seis temas principais, com objetivos distintos (quadro 1), totalizou 36 questões, sendo 33 objetivas e 3 subjetivas, gravadas com aparelho celular, para posterior transcrição. O condomínio dispõe de 40 casas e o tamanho amostral da pesquisa foi constituído por 25 casas, correspondente às residências nas quais houve disponibilidade da aplicação dos métodos de pesquisa. Alguns moradores estavam ausentes, ou simplesmente optaram por não participar da pesquisa.

Quadro 1- Temas do formulário aplicados com os moradores

TEMA	OBJETIVO
Caracterização do público-alvo	Investigar aspectos socioeconômicos dos entrevistados.
Localização	Investigar a inserção do condomínio na cidade.
Relações interpessoais	Investigar a relação de comunidade entre os moradores.

TEMA	OBJETIVO
Unidade habitacional	Investigar aspectos qualitativos e quantitativos sobre o espaço físico da residência e a relação pessoa ambiente.
Assistência	Investigar a relação da administração do condomínio com os condôminos.
Moradia anterior	Investigar a relação dos idosos com a residência anteriores.

Fonte: Lopes e Panet, 2021.

Ainda na mesma etapa, foi aplicado o formulário de observação que seguiu um roteiro de observação sistemática, buscando vestígios comportamentais, padrões e investigando a relação pessoa-ambiente, através da existência de símbolos, artigos religiosos e/ou esportivos, elementos decorativos, dentre outros.

Por fim, foi realizado o levantamento físico dos espaços, onde o entrevistador partia de uma planta baixa da unidade habitacional e esquematizava a configuração interna de cada unidade habitacional visitada, gerando assim uma planta de layout, que posteriormente seria digitalizada através do Software AutoCAD (2019), viabilizando a identificação e análise de dados físicos, como áreas e demais dimensões.

Já na **etapa de análise**, os dados foram sistematizados em três categorias: i) **dados socioeconômicos**: avaliando dados gerais da população amostral, como sexo, idade, renda, escolaridade, estado civil, tempo de moradia no condomínio, origem e ocupação; ii) **solução espacial**: compreendendo as configurações internas de cada residência, preferências organizacionais e disposição do mobiliário, noções espaciais de cada indivíduo, áreas obstruídas e dimensionamentos mínimos. Nessa análise, os resultados obtidos no levantamento físico foram relacionados a dados base, como o código de obras da cidade de Campina Grande (2013), recomendações de Boueri (2014), e considerações de Alexander Klein, através do método Klein (MINDLIN, Henrique, 1938), além dos conceitos humanizadores desenvolvidos por Barros e Pina (2010); iii) **relação pessoa-ambiente**: relacionando os dados do estudo observacional.

Embora o artido não trate com exclusividade sobre o método Klein, cabe aqui uma breve explanação do funcionamento do mesmo. O método foi criado "**no propósito de estabelecer uma possibilidade de julgamento preciso e científico**" (MINDLIN, Henrique, 1938, p.40), e basicamente visa avaliar um projeto através de proposições físicas e

especiais, utilizando-se da: a) investigação preliminar: avaliando conceitos subjetivos, como características higiênicas, estéticas e técnicas, e atribuindo-lhe uma nota, além da avaliação de dados numéricos, como áreas e a relação entre elas; e b) exame gráfico: investigando características primárias de um projeto, como organização de percursos, concentração de áreas livres, semelhanças e padrões geométricos e fracionamento de áreas de paredes e consequente diminuição do espaço.

No presente estudo, o método Klein foi aplicado quanto a abordagem do exame gráfico, avaliando percursos e concentração de áreas livres, favorecendo a compreensão de que:

A garantia da qualidade habitacional depende da organização do ambiente interno, sendo relevante considerar as dimensões da unidade, a distribuição das funções nas plantas, as circulações, a disposição do mobiliário, os espaços para atividades, bem como a relação que a organização desses espaços desenvolve com seus usuários" (MACEDO, 2018).

A partir da seleção de aproximadamente 60 parâmetros projetuais (**patterns**), desenvolvidos por Alexander et al. (1977), Barros e Pina (2010) propõem uma abordagem humanizadora, detalhada em Barros (2008) e Barros e Pina (2009), para análise de projetos selecionados de Habitação de Interesse Social – HIS.

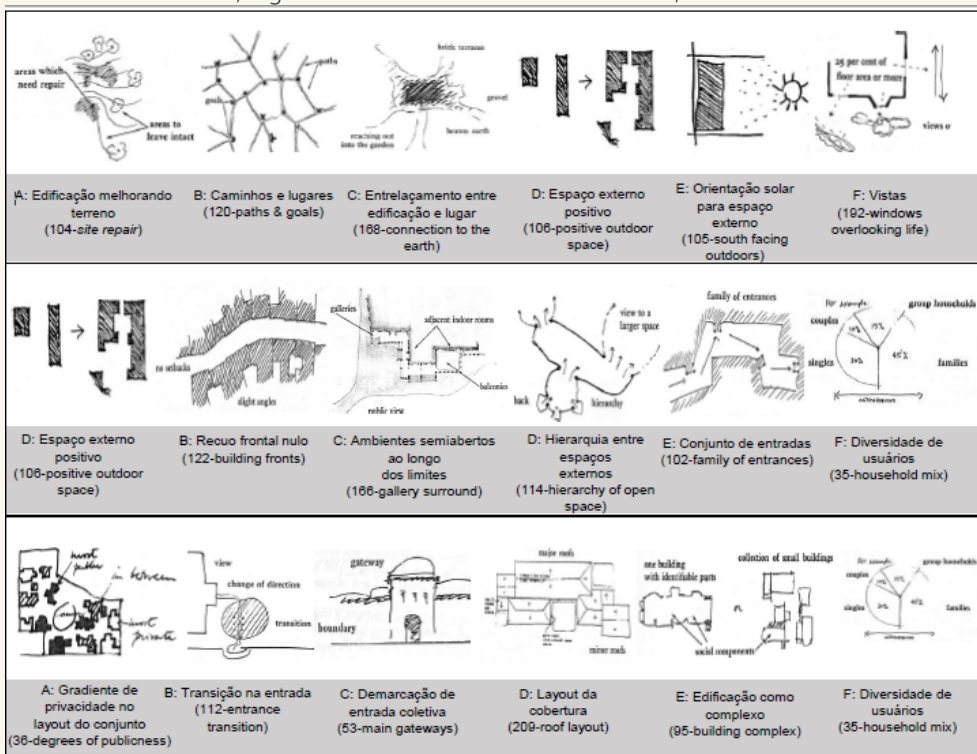
Os autores apresentam conceitos de caráter propositivo organizados em 2 categorias principais: o senso de urbanidade e o senso de habitabilidade, com suas respectivas subcategorias. A saber:

O senso de Urbanidade

De acordo com as autoras "**essa categoria conceitual para o projeto de habitação coletiva visa proporcionar a vivacidade urbana que pressupõe o combate à setorização excessiva de usos, à segregação social e à dificuldade de locomoção**" (BARROS; PINA, 2010). Em suma, seria um projeto que considere a relação com o entorno natural e construído, de modo a estabelecer um "sentido de lugar" aliado aos parâmetros para a sustentabilidade social que, segundo as autoras, seria a diversidade de usuários e de faixa de renda, uso misto e valorização da circulação de pedestres.

De forma a orientar o planejamento dos espaços, tais conceitos são detalhados em 3 subcategorias: (a) sensibilidade ao ambiente construído e natural existente; (b) conectividade, legibilidade e sustentabilidade social e (c) identidade. Para cada subcategoria, Barros (2008) apresenta 6 parâmetros projetuais (*Patterns*) propostos por Alexander et al. (1977), apresentados na Figura 1.

Figura 1 - Croquis dos parâmetros projetuais dos conceitos referentes ao senso de Urbanidade: Sensibilidade ao ambiente construído e natural existente; conectividade, legibilidade e sustentabilidade social; identidade.



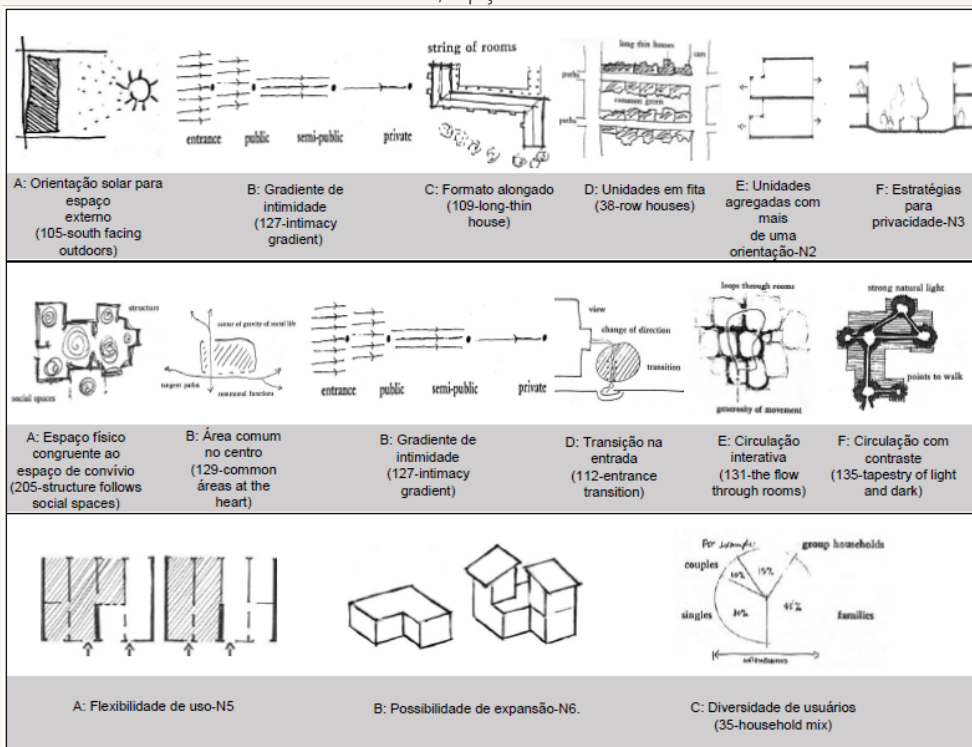
Fonte: adaptado de Barros (2008, p. 87, 88, 89)

O senso de Habitabilidade

Nessa categoria, por se tratar de questões relativas ao conforto ambiental e a disposição do espaço construído de acordo com as atividades ali desenvolvidas, contempla a escala da edificação e das próprias unidades habitacionais – UH. Assim, como a categoria

anterior, ela abrange 3 subcategorias com seus respectivos conceitos: (a) Harmonia espacial: relação entre conforto ambiental e privacidade; (b) Sentido de lar e (c) Opções e flexibilidade. Na Figura 2 são apresentados os conceitos de cada uma das subcategorias.

Figura 2 - Croquis dos parâmetros projetuais dos conceitos referentes ao senso de Habitabilidade: Harmonia espacial: relação entre conforto ambiental e privacidade; Sentido de lar; Opções e flexibilidade.



Fonte: adaptado de Barros (2008, p. 93,94,96)

As subcategorias descritas anteriormente estão organizadas, no presente artigo, em duas principais escalas: (a) a escala da implantação e (b) a escala da unidade habitacional, que agregam as mesmas subcategorias do Senso de urbanidade e Senso de Habitabilidade, respectivamente. As nomenclaturas foram adaptadas para melhor compreensão das análises dos dados.

A seguir são apresentadas as análises dos resultados obtidos durante o procedimento de APO e organizadas nas escalas de análise.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Escala da implantação do condomínio no bairro

O condomínio Cidade Madura está implantado na cidade de Campina Grande (PB), no bairro do Ligeiro, a cerca de 10km de distância do centro. Em seu entorno predominam vazios urbanos e construções de uso predominantemente residencial (Figura 3), apresentando pouca oferta de equipamentos e serviços, além de poucas conexões com a malha urbana principal (DE AZEVÊDO, 2019), característica que condiciona o suprimento de necessidades cotidianas básicas, como ir ao mercado, à farmácia, banco, padaria etc., ao uso de automóveis privados ou coletivos.

Figura 3 – Entorno e acesso principal do Cidade Madura



Fonte: Elaborado pelos autores.

Como dito anteriormente, o condomínio é fechado e dispõe de 40 unidades habitacionais térreas geminadas, além de equipamentos de uso comum, conectados por meio de caminhos horizontais e não abertos à comunidade do entorno (Lei Estadual Nº 11.260/2018), o que além de tornar inseguro o percurso de pessoas nos arredores do condomínio, priva os moradores idosos do contato com outras faixas etárias, fator apontado por Alexander et al (1977) como contribuinte para o bem-estar na terceira idade.

A escala de implantação das UH

Esta escala de análise tem como objetivo investigar as relações de interface entre as unidades habitacionais e demais espaços no interior do condomínio.

É observado que as vistas das unidades estão sempre voltadas para áreas verdes (em potencial): quintais, jardins, canteiros laterais e áreas comuns (Figura 6), as quais, com exceção da última, estão sob cuidado e responsabilidade dos próprios moradores.

As conexões entre as edificações e demais espaços do condomínio são feitas a partir de um percurso ortogonal, com revestimento intertravado, que contorna as áreas de uso comum e margeia os acessos individuais às UHs. Estes, conectam-se ao nível do solo por meio de rampas de acesso com inclinação de 8,33% e revestimento cerâmico esmaltado, apontado pelos moradores como fator de acidentes.

Os jardins em frente às UHs funcionam como espaços de transição entre o passeio coletivo e a área privada residencial. O espaço lateral entre as unidades é bem aproveitado, tendo em vista a implantação de um canteiro que pode ser cultivado pelos moradores, entretanto, suas dimensões reduzidas dificultam a mobilidade da pessoa idosa.

Figura 4 – Jardim e quintal de algumas unidades habitacionais



Fonte: Elaborado pelos autores

A escala da unidade habitacional

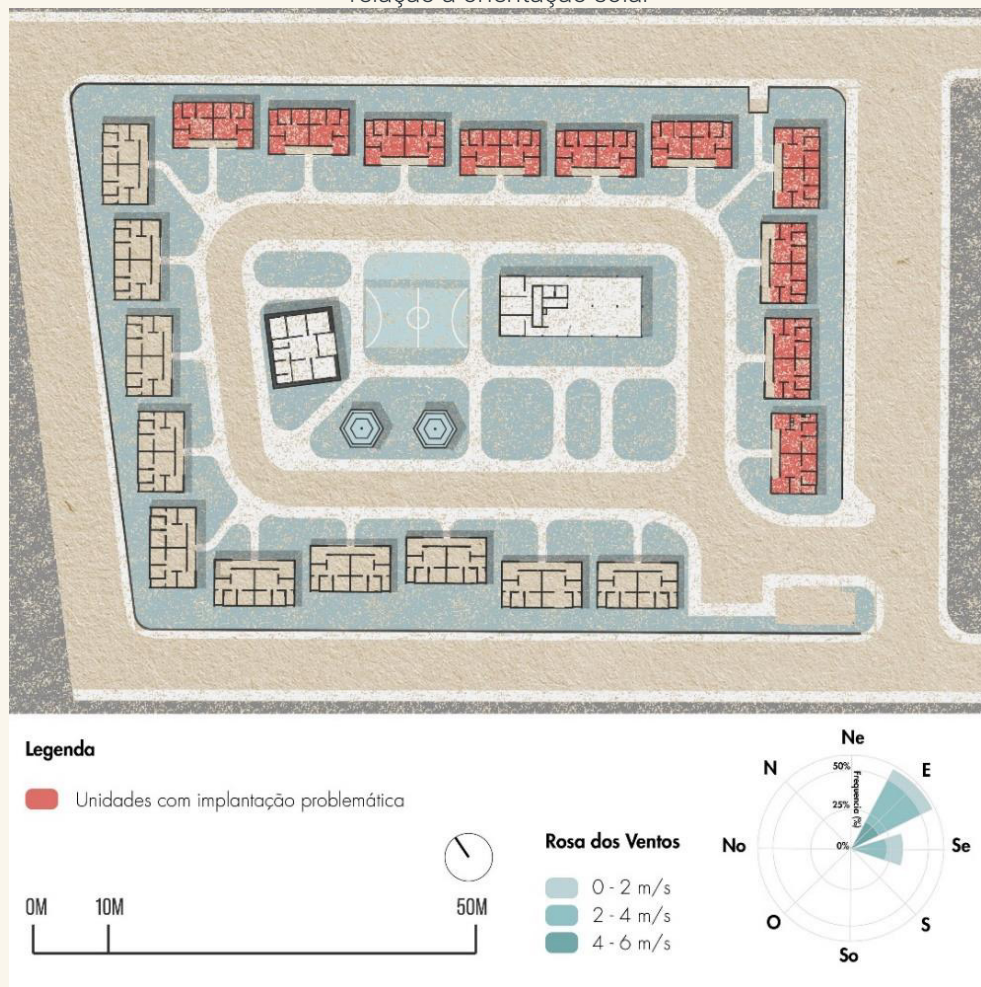
Harmonia espacial, conforto ambiental e privacidade

Segundo a ABNT NBR 15220/2005 a cidade de Campina Grande está inserida na Zona bioclimática 8, tendo como uma das diretrizes para conforto ambiental a ventilação cruzada por meio de aberturas grandes, ou seja, o valor da área das aberturas sendo superior a 40% da área de piso do ambiente analisado. As UH do Cidade Madura apresentam aberturas consideradas grandes em apenas um dos ambientes (cozinha), sendo todas as outras consideradas médias. A maioria das janelas são do tipo veneziana fixa, tipologia que não oferece possibilidades de regulação de abertura. O entorno não apresenta elementos topográficos ou construídos significativos que impeçam o fluxo dos ventos predominantes.

Quanto à orientação solar das UHs, cerca de 50% (Figura 5) apresenta implantação problemática. Essas habitações possuem as fachadas principais voltadas para as direções oeste e sudoeste, e embora seus terraços sirvam como meio para retardar o ganho térmico por insolação direta, a ocupação destes, por parte dos usuários, é comprometida, tendo em vista às altas temperaturas atingidas durante a tarde. Os jardins também servem como potenciais aparatos de redução de ganho térmico, embora o cultivo de árvores e plantas fique a

critério dos moradores, não tendo sido observada a presença de espécies de médio ou grande porte.

Figura 5 – Diagrama das unidades habitacionais com implantação problemática em relação à orientação solar



Fonte: modificado de CEHAP (2012)

O desenho da planta proposta para as unidades habitacionais do condomínio é de formato ortogonal e compacto, o que facilita a locomoção de pessoas idosas, uma vez que evita longos percursos entre os ambientes. Possíveis questões relacionadas à privacidade dos usuários em decorrência da compactação da planta são contornadas

a partir do estabelecimento de um gradiente de intimidade (Figura 6), por meio dos jardins frontais (espaço semipúblico), elementos que funcionam como áreas de transição entre o interior das UH (espaço privado) e o passeio coletivo do condomínio (espaço público), além do terraço frontal. A elevação das unidades em relação ao nível do solo pode também ser citado como fator de separação e demarcação entre espaços públicos e privados, além de proporcionar maior privacidade.

Figura 6 – Gradiente de privacidade das unidades habitacionais



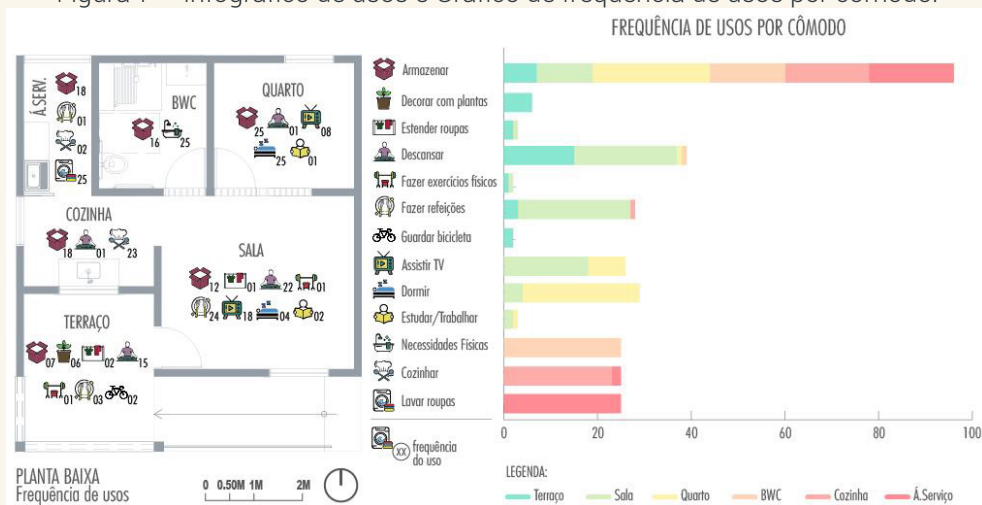
Fonte: modificado de CEHAP (2012).

Opções e flexibilidade

De acordo com a Lei Estadual Nº 11.260/2018, responsável pelo estabelecimento do Programa Cidade Madura na Paraíba, não é permitido aos usuários qualquer forma de expansão ou reforma, uma vez que as UH se destinam ao máximo de dois usuários e que sua ocupação é de caráter temporário, não implicando posse. É também proibido a destinação das unidades para qualquer uso para além do residencial, reduzindo consideravelmente as formas de apropriação das edificações.

A partir dos croquis de cada unidade habitacional, foi possível identificar os usos em cada cômodo da residência pela percepção do mobiliário existente, de modo que, se existia uma televisão no ambiente, conferia-se a ele o uso "assistir tv", se havia uma cama, dormir, e assim por diante, identificando e quantificando 13 usos ao longo dos seis cômodos da residência, compondo assim um mapa de usos (figura 7).

Figura 7 – Infográfico de usos e Gráfico de frequência de usos por cômodo.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Dessa forma, observando a Figura 7, é possível perceber que de modo geral, existe uma variabilidade de usos presentes nas UHs estudadas. A sala, cômodo de maior preferência, dimensão física e variedade

de layouts, é também o ambiente de maior variedade e quantidade de usos. Já o terraço, embora possua quase a mesma variedade de usos que a sala, não os quantifica tanto, pois existem alguns terraços que sequer possuem mobiliário, provavelmente devido a insolação excessiva incidente nesses locais, em alguns casos, a depender da localização da casa no terreno.

O quarto possui variedade, mas majoritariamente comporta os usos dormir, assistir tv e armazenar; a área de serviço, para 8% dos participantes, funciona como uma extensão da cozinha, comportando assim a função de cozinhar, para 92% dos participantes, predominam os usos mais comuns de lavar roupa e armazenar. Os ambientes de menor diversidade de usos, são cozinha e banheiro, o que é explicado pela dimensão reduzida da cozinha, e usos mais restritos e privados no caso do banheiro. No gráfico de frequência de usos por ambiente (Figura 7), é possível identificar que o uso "armazenar" é, além de comum a todos os ambientes, bastante recorrente.

A partir do levantamento físico foi possível identificar possíveis padrões de preferência dos idosos, identificando a sala e a cozinha, como ambientes de distintas realidades. Para exemplificação, foram selecionados três salas e cozinhas do universo das 25 residências estudadas, a fim de compreender a realidade ocupacional desses ambientes (Figuras 9 e 10).

Figura 9 – Recorte de planta baixa de salas com a disposição do mobiliário.



Fonte: Lopes e Panet, 2021.

A figura 9, apresenta os três tipos de arranjos da sala, possibilitados pelas dimensões mais generosas. Sua forma permite uma variedade de configurações internas, por vezes obedecendo uma separação espacial das funções “jantar” e “estar”. Aqui não cabe analisar qual o arranjo mais adequado, e sim destacar que a característica do ambiente de permitir diferentes possibilidades de ocupação, favorece a identificação e personalização do lar.

Por outro lado, o ambiente cozinha (Figura 10), apresenta dimensões reduzidas, além de dispor de um mobiliário fixo (lavatório), o que acaba limitando as possibilidades de diferentes arranjos, de modo que se não for seguida a ideia de cozinha linear – geladeira, pia e fogão – as demais opções comprometem o bom funcionamento do espaço, ocasionando problemas como obstrução da janela, da circulação, ou comprometimento da eficiência energética do fogão, por situar-se em frente a janela.

Figura 10 – Recorte de planta baixa de cozinhas com a disposição do mobiliário.



Fonte: Lopes e Panet, 2021.

A partir da análise das plantas baixas, pelo método Klein, aplicação dos questionários e formulários de observação, foi possível esquematizar mapas de diagnóstico e recomendação, que identificam pontos-chaves na compreensão de cada ambiente da residência.

A questão normativa foi abordada a partir do Código de Obras de Campina Grande (2013), observando os critérios para ambientes de permanência prolongada. Além disso, observou-se as sugestões de Boueri (2014), que dispõem de uma Tabela (Figura 11) para avaliar e classificar a área de cada ambiente de uma residência. No diagnóstico embasado nos questionários e formulário de observação, foi

considerado: a) comentários dos moradores; b) preferência por cômodos; c) necessidade de reforma; e d) análise de concentração de áreas livres, pelo método Klein.

Figura 11 – Recomendações das áreas úteis por ambiente.

Área útil do ambiente AEDH2

É a capacidade dimensional do ambiente em suportar a execução das tarefas domésticas de forma adequada, eficiente e segura. É expresso em metro quadrados por habitante.

Tabela 2: Área Útil do Ambiente AEDH2

índice		Sala	Dormitório casal	Dormitório duplo	Dormitório simples	Cozinha	Área de serviço	Banheiro
B	4	18 a 15	18 a 15	15 a 12	12 a 10	12 a 10	12 a 10	6 a 5,5
S	3	15 a 12	15 a 12	12 a 10	10 a 9	10 a 8	10 a 8	5,5 a 5
R	2	12 a 9	12 a 9	10 a 8	9 a 8	8 a 6	8 a 6	5 a 4,5
PR	1	9 a 6	9 a 6	8 a 6	8 a 6	6 a 4	6 a 4	4,5 a 4

valor da escala de avaliação: **B** Bom - 4 **S** Satisfatório - 3 **R** Ruim - 2 **PR** Precário - 1

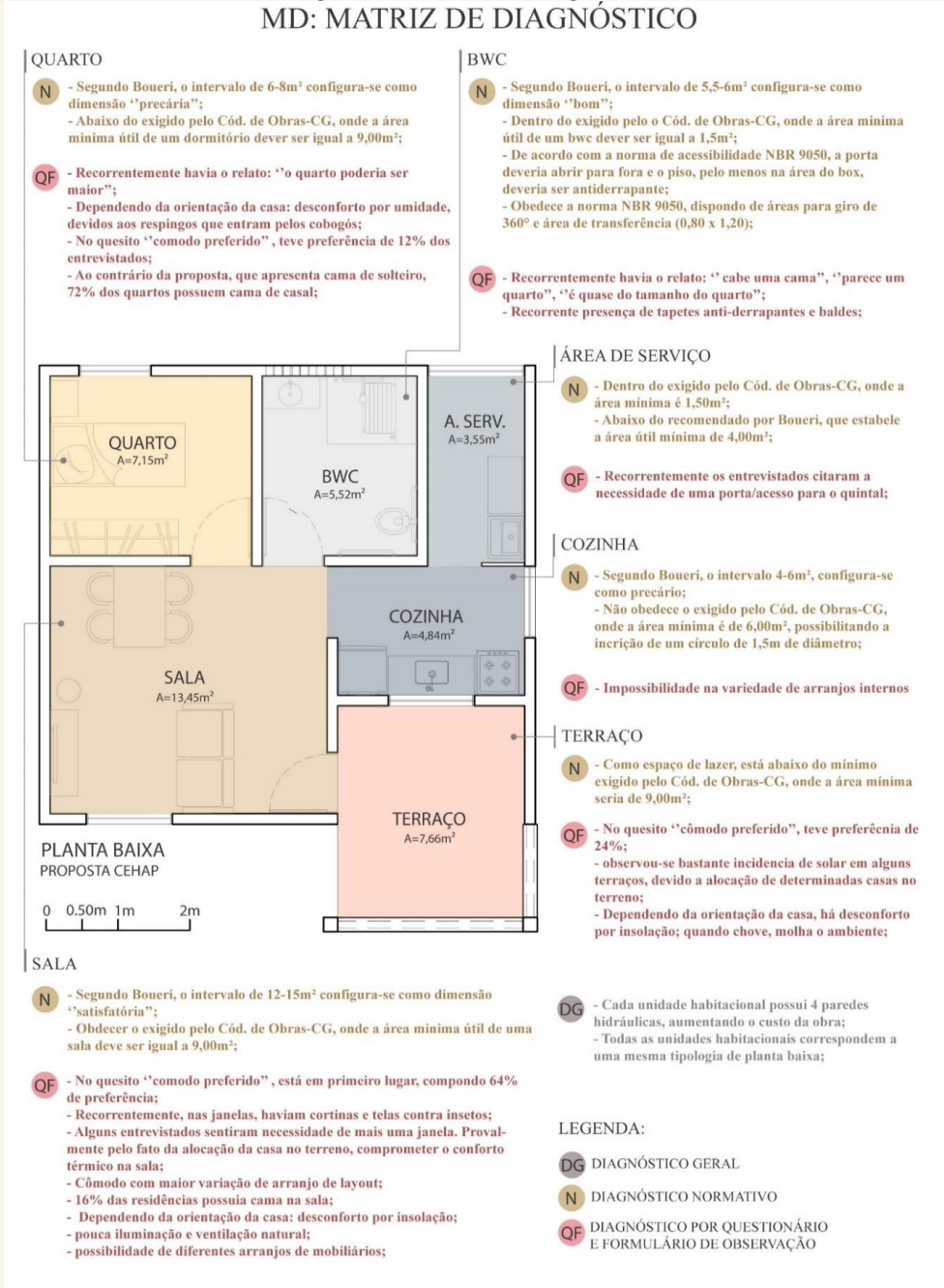
Fonte: Adaptado de Boueri, 2014.

A Figura 11 apresenta os valores de área útil do terraço, sala e banheiro, com diagnóstico geral positivo, considerando dimensões adequadas e satisfação dos moradores. Por outro lado, os demais ambientes apresentam diagnóstico geral negativo, resultado de espaços subdimensionados e que comprometem a flexibilidade de uso, ocasionando o desejo por reforma, seja aumentando o quarto, ou criando acesso externo para a área de serviço.

Como síntese dos resultados tem-se a Figura 12 e a Figura 13. A matriz de diagnósticos (MD), se refere às análises normativas, aos resultados dos questionários (referentes ao espaço físico da unidade habitacional), e do formulário de observação (Figura 12). A matriz de recomendações (MR) foi construída pelas análises dos relatos dos moradores e das observações dos pesquisadores, considerando a matriz de diagnósticos (Figura 13).

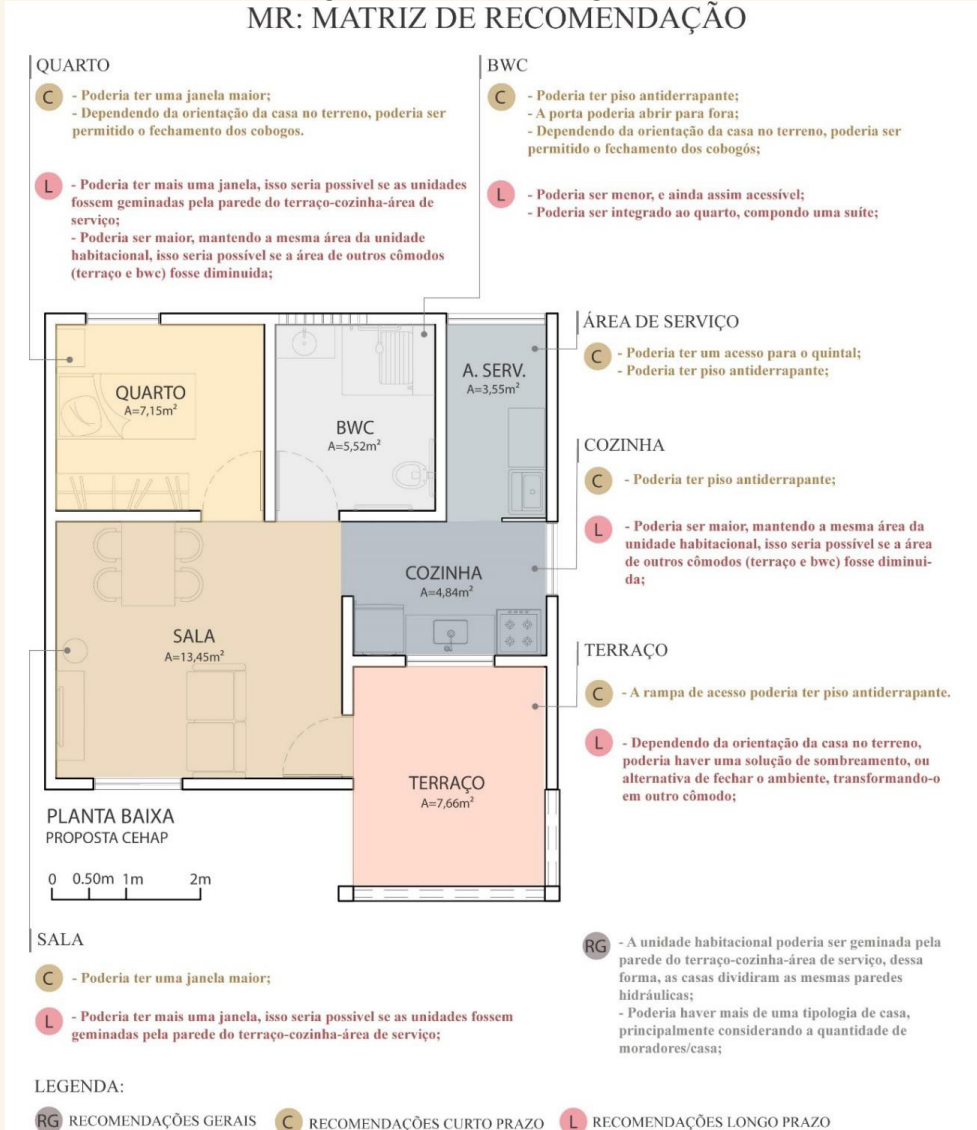
Dessa forma, criam-se dois tipos de recomendações: A primeira, compreendendo recomendações a curto prazo, sendo estas mais simples e que poderiam ser realizadas pelos próprios moradores; A segunda, trata de recomendações a longo prazo, que necessitariam de uma intervenção e assistência da própria CEHAP, e/ou que servem como contribuições para estudos futuros sobre o tema e, que podem eventualmente colaborar como subsídio e exemplo para projetos de habitações destinados às pessoas idosas.

Figura 13 -Matriz de Diagnóstico
MD: MATRIZ DE DIAGNÓSTICO



Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 14 - Matriz de Diagnóstico
MR: MATRIZ DE RECOMENDAÇÃO



Fonte: Elaborado pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa possibilitou a compreensão da relação das pessoas idosas com o Residencial Cidade Madura, em Campina Grande/PB. Considerando a escala da implantação, percebe-se que há uma

deficiência nas relações de vizinhança com o entorno imediato. Por ser um condomínio cercado por muros e segurança 24 horas, os moradores não desenvolveram uma maior proximidade com o bairro e os serviços oferecidos, além da relação com pessoas de outras gerações, como crianças e jovens.

Na escala da unidade habitacional, tem-se uma habitação com alguns ambientes prejudicados pelas dimensões reduzidas, como quarto, cozinha e área de serviço, sendo o quarto, o caso mais apontado. Por outro lado, o projeto também apresenta ambientes potencialmente agradáveis, como sala, banheiro e terraço, este último limitado a uma inserção favorável, da casa no lote em relação à radiação solar direta, que provoca um certo desconforto térmico. Esses ambientes, por serem mais amplos, permitem com que cada morador possa ocupar e "morar" da maneira desejada.

A partir do diagnóstico, foram geradas algumas sugestões para cada ambiente da unidade habitacional estudada, seguindo um raciocínio de tempo e complexidade de cada "intervenção" a ser realizada. Por fim, conclui-se que o espaço físico pode contribuir na adaptação da pessoa idosa ao seu novo lar, no entanto, as questões relacionadas à vizinhança, como as relações multigeracionais, e ao bairro, proporcionando maior autonomia, são tão ou mais importantes que o espaço físico da unidade habitacional. Integrar a pessoa idosa à vida que a cidade proporciona é fundamental para o envelhecimento bem sucedido.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, C. et al. **A Pattern Language: towns, buildings, construction**. New York: Oxford University Press, 1977.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 15220 – 3: desempenho térmico de edificações residenciais. Parte 3 – Zoneamento bioclimático brasileiro e diretrizes construtivas para habitações unifamiliares de interesse social**. Rio de Janeiro, ABNT, 2005

BARROS, R. R. M. P. **Habitação Coletiva: a inclusão de conceitos humanizadores no processo de projeto**. 2008. 398 f. Tese (Doutorado em Engenharia Civil) – Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=000434038>>. Acesso em: 06 mar. 2009.

BARROS, R. R. M. P.; PINA, S. A. M. G. **Uma Abordagem de Inspiração Humanizadora para a Qualificação Espacial do Projeto de Habitação Coletiva**. In: encontro nacional e encontro latino- americano sobre edificações e comunidades sustentáveis, 5., 2009, Recife. Anais..., Porto Alegre: ANTAC, 2009a. 1 CD-ROM.

BARROS Raquel Regina Martini Paula; PINA Sílvia Aparecida Mikami Gonçalves. **Uma abordagem de inspiração humanizadora para o projeto de habitação coletiva mais sustentável**. Ambiente Construído, Porto Alegre, v. 10, n. 3, p. 121-135, jul./set. 2010.

BOUERI, J. J. **Recomendações Índices Ergonômicos de Dimensionamento e Avaliação da Habitação**. Faculdade de arquitetura e urbanismo da Universidade de São Paulo. FAUUSP. São Paulo, 2014.

BRASIL. **LEI Nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Lex: Política Nacional do Idoso**. Brasília, 1994. Disponível em :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em 22 de julho de 2016.

BRASIL. **LEI No. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Lex: Estatuto do idoso**. Brasília, 2003. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 22 de julho de 2016.

BRASIL. Lei nº 11.260, de 29 de dezembro de 2018. **Diário Oficial**, João Pessoa, PB, n. 16.776, 30 dezembro 2018.

DE AZEVEDO, Viviane Ramos. **Avaliação pós-ocupação de empreendimento habitacional para idosos: o caso do cidade madura em campina grande-pb**. Orientador: Profa. Dra. Lívia Miranda.

2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Federal de Campina Grande, UFCG, [S. I.], 2019.

GAWANDE. Atul. **Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa.** Tradução Renata Telles. -1. ed. – Objetiva: Rio de Janeiro, 2015.

HOFFMANN, Maria Cristina Correa Lopes; LOBO, Maria Cristina de Arrochela (org.). **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral.** XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em: 30 abril 2018.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050.** Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas, 2008. (Informação demográfica e socioeconômica, 24). ISSN 1516-3296.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MINDLIN, Henrique. **Analyse racional do projecto. Methodo Klein.** In: Acropole, ano 1, nº3, julho 1938, pp.38-46.

MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE. **Lei Complementar nº 003, de 9 de outubro de 2006.** Lei Complementar Nº 003, de 09 de Outubro de 2006, Promove a revisão do Plano Diretor do Município de Campina Grande. [S. I.], 2006. Disponível em: http://pmcg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/Plano_Diretor_2006.pdf. Acesso em: 5 jul. 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Guia global das cidades amigas das pessoas idosas.** Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 21 de julho de 2016.

PAÚL, Constança. **Envelhecimento e Ambiente** (capítulo 2). In: SOCZKA, L. (org.). Contextos humanos e psicologia ambiental. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

TOMASINI, Sérgio Luiz Valente; ALVES, Simone. **Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência**. RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 88-102, jan./jun., 2007.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA. **Lei nº 11.260, de 29 de dezembro de 2018. Programa Habitacional Cidade Madura**. [S. l.], 2018. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doe/2018/dezembro/diario-oficial-30-12-2018-total.pdf/view>. Acesso em: 5 jul. 2020.

WILSON, Keren Brown. Life in America - **An Aging American Faces: the Assisted Living Alternative**. USA TODAY Journal. March, 2000.

LOPES, Bruna Sandrelle Correia; PANET, Miriam de Farias. **Uma casa para envelhecer. avaliação da qualidade espacial de residências para pessoas idosas**. XVII Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, 2021.

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO E CLÍNICO DE **MULHERES** **IDOSAS** COM CÂNCER DE MAMA

RAYANE DA SILVA ARRUDA

Mestranda do Curso de enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB,
rayarruda@hotmail.com;

CLEANE ROSA RIBEIRO DA SILVA

Doutoranda do Curso de enfermagem da Universidade federal da Paraíba - UFPB,
cleane_rosas@hotmail.com;

LIA RAQUEL DE CARVALHO VIANA

Doutoranda do Curso de enfermagem da Universidade federal da Paraíba - UFPB,
lia_viana19@hotmail.com

KÁTIA NEYLA FREITAS MACEDO COSTA

Doutora pela Universidade Federal do Ceará - UFC, katianeyla@yahoo.com.br;

RESUMO

O câncer de mama representa um dos tumores malignos mais frequentes em todo o mundo, sendo a principal causa de morte relacionada ao câncer entre as mulheres. Esta neoplasia possui uma etiologia multifatorial e envolve, principalmente, fatores biológicos e estilo de vida do paciente. Essa pesquisa teve o objetivo de analisar o perfil clínico e sociodemográfico do câncer de mama em idosas atendidas em um hospital referência na Paraíba. Foi realizado um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, com 57 idosas diagnosticadas com câncer de mama em um hospital oncológico de referência na Paraíba, entre os meses de junho a novembro de 2019. Utilizou-se um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico. A análise dos dados foi realizada com estatística descritiva. Os resultados sociodemográficos encontrados tiveram prevalência de mulheres brancas, casadas ou em união estável, aposentadas e com renda familiar de até 1 salário mínimo. Com relação aos achados clínicos, o tempo de diagnóstico foi de 1-2 anos, a maioria estava fazendo radioterapia e apresentavam de 1 a 2 comorbidades, sendo prevalentes hipertensão e diabetes mellitus, respectivamente, por consequência disso, estavam em tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos e hipoglicemiantes. A partir desse estudo, nota-se a importância de aprofundar o conhecimento disponível sobre o perfil sociodemográfico e explorar as iniquidades que possam ocorrer durante o processo de atenção à sua saúde, de forma a contribuir para melhorias na implementação e na efetividade das políticas públicas para o câncer de mama.

Palavras-chave: Neoplasias de mama, Análise socioeconômica, Prevenção e controle.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica trouxe um grande impacto para a saúde no Brasil e no mundo. Com o aumento da expectativa da vida, houve mudanças nas doenças prevalentes na população. O Brasil vivencia atualmente uma transição epidemiológica caracterizada por três aspectos: aumento da morbimortalidade por doenças e agravos não transmissíveis e por causas externas, deslocamento da morbimortalidade do grupo de jovens para o grupo dos mais velhos e predominância da morbidade ao invés da mortalidade, o que ocasiona altos custos ao sistema de saúde (BRASIL, 2019a).

Em 2015 as principais causas de internações e de mortalidade de idosos no país corresponderam às doenças do aparelho circulatório e, foram acrescidas pelas doenças do aparelho respiratório e neoplasias, respectivamente (VANZELLA et al., 2018).

Apesar da transição de doenças infecciosas para crônico-degenerativas, com aumento do índice de desenvolvimento humano, mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares, avanços na área da saúde e medicina, dentre outros fatores que prolongam a expectativa de vida, esses aspectos não contribuem de forma expressiva para a redução aos estímulos agressores para o desenvolvimento do câncer, como envelhecimento, exposição a agentes cancerígenos, stress e outros (SCHRAMM, 2004).

Dados da Organização Mundial da Saúde apontam o câncer como sendo uma das doenças que mais afetam pessoas em todo o mundo (OMS, 2017). Essa doença apresenta altas taxas de incidência e um tem grande impacto na vida dos pacientes e de seus familiares, podendo influenciar desde o diagnóstico até a reabilitação (Nicolussi, 2011). A incidência mundial de câncer cresceu 20% na última década, sendo nos países de média e baixa renda os principais impacto (OMS, 2017).

O câncer é o termo dado para um conjunto de mais de 100 doenças que podem se manifestar em quase todos os tecidos do corpo humano, sendo que alguns podem desenvolver vários tipos distintos da doença. Essas doenças possuem como características alterações que determinam um crescimento desorganizado que comprometem tecidos e órgãos, que podem espalhar, através de metástase, para outras regiões do corpo (URBANS et al., 2017).

As neoplasias são divididas em benignas e malignas, tendo como principal diferenciação a agressividade e velocidade de multiplicação. As neoplasias benignas crescem lentamente e são menos agressivas, ou seja, os tecidos próximos não sofrem grandes danos. Enquanto as neoplasias malignas aumentam de tamanho rapidamente e comprometem as células próximas na busca por nutrientes (MALUF-FILHO, 2013).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o tipo de neoplasia que mais acomete mulheres em todo o mundo é o câncer de mama. No Brasil, depois do câncer de pele não melanoma, esse tipo de câncer representa cerca de 28% dos casos novos a cada ano. A estimativa para o Brasil é de 66.280 novos casos de câncer de mama, para cada ano do triênio 2020- 2022 (INCA, 2019). Esta neoplasia possui uma etiologia multifatorial e envolve, principalmente, fatores biológicos e estilo de vida do paciente (Binotto & Schwartsmann, 2020). Além disso, essa condição acarreta diversos efeitos negativos na qualidade de vida do paciente, além de exercer um grande impacto emocional, social e psíquico (Cabral et al., 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde, os fatores de risco são: exposição à radiação, idade, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, ingestão irregular de álcool, histórico familiar e fator genético (mutação nos genes BRCA1 e BRCA2), além de aspectos relacionados à vida reprodutiva, como menarca precoce e menopausa tardia, primeira gestação após os 30 anos, nuliparidade e uso de Terapia de Reposição Hormonal prolongado por mais de cinco anos. Embora o uso de anticoncepcionais orais seja relatado como fator de risco, as evidências são conflitantes (BRASIL, 2013a).

A abordagem desta doença envolve toda a rede de atenção à saúde e depende de uma boa articulação entre os pontos de atendimento para uma melhor resolutividade. As ações na atenção básica incluem prevenção e detecção precoce, e na presença da suspeita, há o encaminhamento para a média complexidade para investigação e diagnóstico. Na confirmação do diagnóstico, as mulheres são referenciadas para a terapia em unidade hospitalar (BRASIL, 2019c)

O câncer de mama, quando diagnosticado precocemente, possui um bom prognóstico. Assim, torna-se relevante que as mulheres saibam reconhecer as principais alterações físicas provocadas pelo

tumor mamário, no intuito de buscar ajuda e atendimento adequado em tempo oportuno. De modo geral, tem-se o nódulo indolor, endurecido e de bordas irregulares, podendo em alguns casos, ser palpável e/ou visível. Além disso, deve-se atentar para sinais como saída de secreção pelo mamilo, hiperemia da pele da mama, edema cutâneo similar à casca de laranja, retração cutânea, dor ou inversão no mamilo, descamação ou ulceração do mamilo e linfonodos axilares palpáveis (BRASIL, 2013a).

A mamografia atualmente tem como principal papel a detecção precoce do câncer de mama em mulheres assintomáticas. A eficácia do rastreamento mamográfico foi estabelecida por ensaios randomizados controlados, nos quais uma significativa redução de mortalidade por câncer de mama foi alcançada pela capacidade da mamografia mostrar carcinomas dúcteis in situ e câncer invasivo de tamanho menor e em estágio mais precoce do que em grupos pós controle que não passaram pelo rastreamento (VARELLA; MOREIRA, 2015).

Segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, a mamografia bianual para mulheres de 50 a 69 anos é o método preconizado para o rastreamento, haja vista que tem eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de mama (BRASIL, 2015a). Ela é o exame padrão ouro para rastreio e prognóstico do câncer de mama. Com o advento de novos conhecimentos e tecnologias, a ecografia está ganhando espaço e hoje em dia tem seu uso no rastreio da neoplasia da mama muito difundido, assim como a realização de biópsias em casos de dúvida (PIMENTAL, 2017).

Em países com perfil de baixa e média renda, como o Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal centro de referência no tratamento de câncer, o qual é referência mundial no que se refere a programas de assistência pública, promovendo o acesso igualitário às ações. O tratamento depende de alguns atores, tais como: qualidade da assistência prestada ao paciente, situação clínica e psicoemocional, tipo histológico e grau de diferenciação do tumor, extensão da doença e sensibilidade à terapêutica. Cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica são os tratamentos normalmente utilizados quer seja de forma isolada ou combinada (VINCENSI, 2021).

Diante do exposto, visto que o câncer de mama é uma das doenças crônicas que mais crescem no Brasil e apesar da qualidade e vida

ter melhorado, não se torna suficiente para eliminar os fatores de risco, é necessário o conhecimento acerca do perfil sociodemográfico que a população acometida está inserida, para que se tenha conhecimento da realidade dessa população e aumente as chances do diagnóstico precoce, melhorando o prognóstico da doença. Bem como, o perfil clínico dessas mulheres, para aumentar a sobrevida e qualidade de vida, através da história de saúde.

Devido à necessidade de maiores esclarecimentos acerca do perfil das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, o objetivo dessa pesquisa é avaliar o perfil sociodemográfico e clínico de mulheres idosas com diagnóstico de câncer de mama.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa exploratória é realizada quando o objetivo é examinar um tema ou um problema pouco estudado, com o intuito de nos tornar familiarizados com fenômenos relativamente desconhecidos, permitindo a obtenção de informações sobre novos problemas conceitos ou variáveis (SAMPIERE; COLLADO; LÚCIO, 2013).

A pesquisa descritiva busca descrever as características de determinada população ou fenômeno, assim como estabelecer relações entre variáveis. Visa descobrir a frequência com que um fato ocorre, sua natureza, suas características, causas e relações com outros fatos (PRODANOV; FREITAS, 2013). O estudo transversal possui dimensão epidemiológica e objetiva determinar uma doença ou condição relacionada à saúde. Neste, os fenômenos ou problemas investigados são analisados em um determinado momento, sendo a causa e efeito coletados de forma simultânea (PEREIRA, 2014).

O estudo se caracteriza como quantitativo, pois utilizará instrumentos capazes de mensurar determinados fatos que serão trabalhados estatisticamente a partir de amostras. Esse tipo de estudo é favorável quando se deseja descrever a complexidade de determinado problema, classificar e compreender processos dinâmicos de grupos sociais e permitir a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Cenário de estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital de referência para tratamento do câncer no Estado da Paraíba, Brasil. O referido serviço está localizado no município de João Pessoa e possui diversos setores, entre estes, oncologia pediátrica, hemato-oncologia, quimioterapia, radioterapia, unidade de terapia intensiva, bloco cirúrgico, urgência oncológica, clínica geral e serviços ambulatoriais com diversas especialidades médicas. O hospital apresenta 55 anos de existência e conta com 140 leitos de internação, atendendo mais de 90% da população por meio do SUS e por convênios de planos de saúde particulares. Estatísticas mostram o registro de 5.212 internações por câncer no Hospital Napoleão Laureano no que se refere ao biênio 2018-2019, sendo 1.054 casos de câncer de mama. (DATASUS, 2020).

População e amostra

A população deste estudo foi composta por mulheres idosas diagnosticadas com câncer de mama que realizavam tratamento nas modalidades de quimioterapia ou radioterapia no referido serviço. A escolha do tipo de câncer ocorreu mediante a verificação da prevalência estimada pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), correspondente ao período de Julho/2017 à Julho/2018 no hospital de referência para tratamento de câncer do Estado.

A amostra foi realizada por conveniência e resultou no total de 57 pacientes.

Crítérios de inclusão e de exclusão

Os critérios de inclusão estabelecidos para os participantes foram: idade maior ou igual a 60 anos, ter o diagnóstico de câncer de mama e estar em tratamento de quimioterapia (mínimo 4 sessões) ou radioterapia (mínimo 20 sessões). A quantidade de sessões justifica-se por perfazer o período mínimo de um mês de tratamento (4 sessões semanais de quimioterapia e 20 diárias de radioterapia).

Os critérios de exclusão foram: estar em tratamento com modalidade paliativa, tratamento de hormonioterapia com antineoplásico de

uso oral, injetável e/ou endovenoso, apresentar diagnóstico de metástase, possuir déficits graves comunicação e/ou audição, apresentar complicações clínicas no momento da coleta de dados que impeçam a sua realização ou não possuir condição cognitiva para responder as perguntas, avaliada pelo Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) sendo considerada neste estudo a nota de corte proposta por Brucki et al. (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 para mais de 11 anos.

Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados entre os meses de junho a novembro de 2019, por meio de entrevistas individuais. As pacientes foram abordadas nas salas de espera e de medicação da quimioterapia, bem como nas duas salas de espera da radioterapia, nos turnos da manhã e/ou tarde. Com o intuito de esclarecer os objetivos e a finalidade da pesquisa, foi realizada uma abordagem inicial, na qual estes aspectos foram explicados aos pacientes e ao fim, foi solicitada a participação e assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido.

Instrumentos de coleta de dados

Foi utilizado um instrumento semiestruturado para obtenção de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes. Esse instrumento apresenta informações acerca de sexo, faixa etária, cor/raça, conjugalidade, escolaridade, religião, situação profissional, rendas pessoal e familiar, arranjo domiciliar, procedência, diagnóstico, tempo de diagnóstico, tipo e frequência de tratamento atual, tipo de tratamento anterior, dificuldades gerais com a doença/tratamento, comorbidades, uso de medicamentos, além de dados específicos para o câncer de mama e de próstata. Ressalta-se que este passou por teste piloto com 20 pacientes e não houve necessidade de maiores mudanças ou correções.

Processamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no Excel® e, posteriormente, organizados, codificados, importados e processados pelo software Statistical Package for the Social Science for Windows, versão 22.0, sendo a análise dos dados realizada por meio de estatística descritiva.

Posicionamento ético

A pesquisa foi desenvolvida em consonância com o preconizado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que descreve os padrões éticos e morais de pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo os direitos do participante e os deveres da pesquisa referentes à comunidade científica atendendo ao princípio ético da autonomia (BRASIL, 2012b).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB) sob parecer nº 3.293.768 (ANEXO E). Os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a justificativa da pesquisa, sua finalidade, riscos e benefícios, procedimentos a serem realizados, e garantia de sigilo e confidencialidade das informações. Ademais, foram informados da participação voluntária e que a recusa em participar não irá trazer qualquer alteração na assistência recebida no referido serviço. Vale ressaltar que todos os participantes receberam uma cópia do TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características sociodemográficas e clínicas das mulheres idosas com câncer de mama

Dentre as idosas participantes da pesquisa, foi observada a prevalência da cor/raça branca (47,7 %), casada ou em união estável (42,1%), com 9-12 anos de estudo (35,1%), que possuíam religião (98,2%), aposentadas (71,9%), com a renda pessoal de 1 a 2 salários mínimos (84,2) e renda familiar maior que 1 salário mínimo (78,9%), que residia

acompanhada de um familiar (93%) na Mesorregião da mata Paraibana (59,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres idosas com câncer de mama. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=57)

Variáveis	n	%
Cor / Raça		
Branca	27	47,4
Parda / Mulata	14	24,6
Preta / Negra	16	28,1
Conjugalidade		
Casada ou união estável	24	42,1
Viúva	14	24,6
Separada ou divorciada	13	22,8
Solteira	6	10,5
Escolaridade (anos de estudo)		
Analfabeta	9	15,8
1 – 4	19	33,3
5 – 8	9	15,8
9 – 12	20	35,1
Religião		
Sim	56	98,2
Não	1	1,8
Situação profissional		
Aposentada	41	71,9
Do lar	6	10,5
Benefício / INSS	5	8,8
Pensionista	3	5,3
Desempregada	2	3,5
Renda pessoal (Salário Mínimo*)		
Não tem renda	8	14,0
< 1	1	1,8
1 – 2	48	84,2
Renda familiar (Salário Mínimo*)		
Não tem renda	2	3,5
< 1	45	78,9
1 – 2	8	14,0
3 – 4	2	3,5
		Continua...

Variáveis	n	%
Arranjo familiar		
Mora acompanhado de familiar	53	93,0
Sozinho	4	7,0
Procedência (Mesorregião)		
Mata Paraibana	34	59,6
Sertão Paraibano	17	29,8
Agreste Paraibano	6	10,5
Total	204	100,0

*Salário Mínimo vigente: R\$ 998,00.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Houve prevalência de mulheres brancas (47,4%), seguidas de pretas (28,1%) e pardas (24,6%). Um estudo mostrou frequência maior da raça/cor parda em mulheres com câncer de mama que fizeram quimioterapia e maior taxa de óbitos para a raça/cor branca e parda (AZEVEDO et al., 2017). Já na pesquisa de Bushatsky e colaboradores (2017), os brancos sobressaíram na taxa de óbito.

Com relação a conjugalidade, 42,1 % eram casadas ou estavam em união estável, corroborando com um estudo de corte transversal, realizado por Cabral e colaboradores (2019) com mulheres diagnosticadas com câncer de mama primário, onde 44,2 % das mulheres que participaram da pesquisa eram casadas ou estavam em uma união estável.

Identificou-se um maior percentual de pacientes com 9 a 12 anos de estudo. Achado semelhante foi encontrado na pesquisa de Marques e colaboradores (2021) em que a maioria das mulheres entrevistadas possuíam o ensino médio completo. Porém se contrapôs ao estudo de Bushatsky e colaboradores (2018) que mostrou baixos níveis de escolaridade (até 8 anos de estudo).

É sabido que a escolaridade é capaz de interferir na disponibilidade da informação e compreensão dos aspectos referentes à doença e ao seu tratamento. As crenças e pensamentos distorcidos acerca da doença podem afastar os usuários da busca por serviços de saúde, contribuindo para diagnósticos tardios e piores prognósticos (CAVALCANTE; CHAVES; AYALA, 2016).

A presença do cônjuge se faz relevante à medida que este se insere na rede de apoio social do parceiro(a) que vivencia o câncer (ALMEIDA et al., 2016) e 72 isto foi evidenciado na pesquisa de Trindade e Hahn (2016) em que os participantes que possuíam cônjuges apresentaram níveis superiores de apoio social.

Quanto a religião, 98% das mulheres afirmaram ter uma. A espiritualidade e a prática religiosa possuem importância no enfrentamento do câncer, considerando-se as crenças e os valores dos níveis de experiências existentes na humanidade. Observa-se a busca por conforto, esperança e auxílio, sustentados por crenças provenientes de comportamentos individuais e práticas culturalmente estabelecidas, provenientes do senso comum (Choumanova, 2016).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apenas 23% das mulheres na faixa etária de 60-69 anos, exercem algum tipo de atividade fora do lar, corroborando com esse estudo que aponta que 71,9 % já estavam aposentadas.

Em termos de renda familiar, o maior resultado foi de até 1 salário mínimo (78,9%). Grandes estudos realizados em países da Europa, alguns com registros nacionais de toda a população, mostraram melhor prognóstico para o câncer de mama entre mulheres com melhor posição socioeconômica (BEIKI et al., 2012). Por fim, tal associação também foi observada em países com menor nível de desenvolvimento (MACKENZIE et al., 2012). O nível socioeconômico baixo, interfere diretamente no custeio de necessidades relativas à doença e ao tratamento (TESTON et al., 2018).

Quanto as condições clínicas das pacientes a maioria possuíam câncer de mama diagnosticado há 1-2 anos (64,4%), estavam em tratamento com radioterapia (52,6%), com 1- 2 comorbidades (54,4%), dentre elas a maioria hipertensão arterial (42,1%) e diabetes mellitus (40,4%), fazendo uso de 2 ou mais medicamentos (42,1%), principalmente anti-hipertensivo (70,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da condição clínica das mulheres idosas com câncer de mama. João Pessoa - PB, Brasil, 2019. (n=57)

Variáveis	n	%
Tempo de diagnóstico (anos)		
> 1	17	29,8
1 – 2	31	54,4
3 – 4	4	7,0
5 ou mais	5	8,8
Tratamento atual		
Radioterapia	30	52,6
Quimioterapia	27	47,4
Número de comorbidades		
Nenhuma	11	19,3
1 – 2	31	54,4
3 – 4	15	26,3
Tipo de comorbidade*		
Hipertensão arterial	24	42,1
Diabetes mellitus	23	40,4
Doença musculoesquelética	14	24,6
Cardiopatia	14	24,6
Outras	5	8,8
Número de medicamentos		
Nenhum	10	17,5
1	23	40,4
2 ou mais	24	42,1
Tipo de medicamento*		
Anti-hipertensivo	40	70,2
Hipoglicemiante	24	42,1
Anti-inflamatório	40	70,2
Outros	10	17,5
Não se aplica	6	10,5
Total	57	100,0

*Os participantes podiam marcar mais de uma opção.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Verificou-se nessa pesquisa o tempo de diagnóstico equivalente a 1-2 anos. Devido à sua relevância epidemiológica, o câncer de mama é prioridade na agenda de saúde do país no que diz respeito às doenças

crônicas não transmissíveis. Sendo assim, o Ministério da Saúde recomenda diagnosticar a doença em estágios iniciais por meio de estratégias de detecção precoce (INCA 2015). É importante frisar que o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento aumenta a eficácia do tratamento, aumentando a sobrevida e melhorando a qualidade de vida (GARCIA et al., 2017).

Com relação ao tratamento, a maioria estava fazendo radioterapia, que compõe um dos eixos principais do tratamento do câncer de mama, junto com quimioterapia e cirurgias. De acordo com Santos et al. (2013), a radioterapia é utilizada na destruição de células tumorais, reduzindo sua recorrência e aumentando a sobrevida da paciente. O tratamento mais comum em câncer de mama é a teleterapia, onde a radiação é liberada de uma certa distância, atravessando vários tecidos, até chegar ao tumor.

A presença de 1-2 comorbidades, com prevalência de diabetes e hipertensão e consequente uso de medicamentos como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, corrobora com a literatura, pois com as mudanças na transição epidemiológica presentes no Brasil e no mundo, as doenças crônicas são as comorbidades que mais acometem a população atualmente. As doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica foram responsáveis, em 2015, por 51,6% do total de óbitos na população de 30 a 69 anos no Brasil (GARCIA et al., 2017).

Além disso, entre os fatores que contribuem para o desenvolvimento e agravamento da HAS e do DM, tem a obesidade. O ganho de peso pode ser relacionado à quimioterapia, pois durante o tratamento ocorre um aumento no consumo de alimentos, que pode ser associado à ansiedade e/ou ao uso de corticosteroides, bem como podem ocorrer mudanças nos hábitos alimentares devido a ocorrência de eventos adversos que podem alterar o padrão alimentar e o paladar, como náuseas e vômitos (DIELI- CONWRIGHT, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados aqui apresentados possibilitaram conhecer o perfil das mulheres entrevistadas e reforçam a necessidade de intensificar meios que proporcionem a prevenção do câncer para diagnóstico

precoce e para um bom prognóstico. Isso serve como alerta para todos os sujeitos envolvidos nesse processo de cuidado à saúde, que tem como objetivo salvar vidas e indicam, também, a importância de aprofundar o conhecimento disponível sobre o perfil sociodemográfico das mulheres usuárias desses serviços e explorar as iniquidades que possam ocorrer durante o processo de atenção à sua saúde, de forma a contribuir para melhorias na implementação e na efetividade das políticas públicas para o câncer de mama.

Esta pesquisa, contribui com os dados já existentes na literatura e com os profissionais de saúde, a fim de prevenir agravos e reduzir índices crescentes de câncer nesta população. Recomenda-se novas pesquisas que avaliem as características de mulheres com câncer, que auxiliem na sua prevenção e no seu manejo.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior- Brasil (CAPES).

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Daniela Batista et al. Perfil de mulheres com câncer de mama. Rev enferm UFPE on line, Recife, v. 11, n. 6, p. 2264-72, jun. 2017 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23386/19035>. Acesso em: 11 nov. 2019.

BINOTTO, Monique; SCHWARTSMANN, Gilberto. Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de Pacientes com Câncer de Mama: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 66, n. 1, 2020.

BRASIL. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília [2012a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm. Acesso em: 21 set. 2021.

BUSHATSKY, Magaly. et al. Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. Cienc Cuid Saude, v. 16, n. 3, 2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/36094/20960>> Acesso em: 21 set. 2021.

CABRAL, Juliana Fernandes et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3227-3236, 2019. CAVALCANTE, M. L. F; CHAVES, F.; AYALA, A. L. M. Câncer de mama: sentimentos e percepções das mulheres mastectomizadas.

Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul, v. 14, n. 48, p. 41-52, jul./set. 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3736. Acesso em: 21 set. 2021.

CHOUMANOVA, Ivanka et al. Religião e espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama: perspectivas de mulheres chilenas. **The breast journal**, v. 12, n. 4, pág. 349-352, 2006.

DE FREITAS, Wesley Miranda Lourenço et al. História familiar de câncer, perfil sociodemográfico e estilo de vida da população assistida em um programa de prevenção ao câncer. Unimontes Científica, p. 93-100, 2019.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. "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. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0022395675900266>. Access in: 25 sep. 2018.

GARCIA, Sabrina Nunes et al. Quality of life of women with breast cancer receiving chemotherapeutic treatment. *Rev. baiana enferm.*, v. 31, n. 2, e17489, 2017. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17489/14532>. Access in: 21 set. 2021.

MARQUES, Laís Corrêa et al. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA NO BRASIL. In: Anais Colóquio Estadual de Pesquisa Multidisciplinar (ISSN-2527-2500) & Congresso Nacional de Pesquisa Multidisciplinar. 2021.

MALUF-FILHO, Fauze et al. Etiologia, manejo endoscópico e mortalidade do sangramento gastrointestinal superior em pacientes com câncer. **United European gastroenterology journal**, v. 1, n. 1, pág. 60-67, 2013.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018. Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2018. 130 p. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em 21 set. 2021. NICOLUSSI, Adriana Cristina; SAWADA, Namie Okino. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 759-766, 2011.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro, 2019c. 85 p. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf. Acesso em: 21 set. 2021.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo,

Rio Grande do Sul: Editora Feevale, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a14d04d5bb1ad1538f3aef538/Ebook%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

SAMPIERE, R. H.; COLLADO, C. F.; LÚCIO, M. P. B. Metodologia de Pesquisa. 5.ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro, 2015a. 171 p. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizespara-deteccao-precoce-do-cancer-de-mama-no-brasil>. Acesso em: 21 set. 2021.

TESTON, Ellen Ferraz et al. Feelings and difficulties experienced by cancer patients along the diagnostic and therapeutic itineraries. Esc Anna Nery, v. 22, n. 4, e20180017, 2018. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n4/1414-8145-ean-22-04-e20180017.pdf>. Access in: 04 sep. 2019.

URBAN, Linei Augusta Brolini Dellê et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. **Radiologia Brasileira**, v. 50, p. 244-249, 2017.

VANZELLA, E.; Carmo, NASCIMENTO, J. A.; SANTOS, S. R. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas hospitalizações. Revista Eletrônica Estácio Saúde [on-line], v. 7, n. 1, p. 65-73, 2018.

VINCENSI, Danielly et al. Perfil sociodemográfico, clínico e familiar de mulheres recentemente diagnosticadas com câncer. **O Mundo da Saúde**, v. 1, n. 45, p. 075-088, 2021.

OS SIGNIFICADOS DO GRUPO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS E A RELAÇÃO AUTOPERCEBIDA COM A SAÚDE

MARCIA QUEIROZ DE CARVALHO GOMES

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia – BA. marciago-
mes10@yahoo.com.br

LÍVIA PATRÍCIA ARAÚJO DOS SANTOS

Graduado pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba
– PB, liviapatricia_@hotmail.com

RESUMO

O grupo de convivência é um espaço potente para produção da saúde e construção de redes sociais de apoio, contribuindo para manutenção da autonomia e independência do idoso. Este artigo objetiva conhecer os significados do grupo de convivência para os idosos e a relação percebida entre sua condição de saúde e sua participação no grupo. Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado na Policlínica Municipal da Pessoa Idosa em João Pessoa-PB. Para análise dos dados foi utilizado a análise de conteúdo temática com um *corpus* composto por 15 entrevistas. O estudo apontou cinco categorias: ressignificando a vida, motivando novas práticas e possibilitando novas vivências; ressignificando a doença, tornando possível a convivência com ela, tornando-a suportável; rever hábitos de vida e o cuidado de si, através de novos conhecimentos e troca de experiências; o reconhecimento do grupo como promotor de vida e saúde; avaliar o serviço, salientando a ampliação da sua rede de apoio, mantendo ou desenvolvendo um senso crítico que permite identificar os pontos frágeis que precisam de atenção. Observou-se que para as idosas, o grupo de convivência torna o processo de envelhecimento prazeroso, promove saúde física e emocional, como também proporciona a ampliação da rede social de apoio.

Palavras-chave: Envelhecimento. Autopercepção. Saúde do idoso. Atenção Integral à Saúde do Idoso

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem sido uma realidade presente não somente no Brasil como também em outros países do mundo. Dados do IBGE apontam que nos últimos anos a população brasileira passou de 25,4 milhões de idosos em 2012, para 30,2 milhões de idosos em 2017. Em cinco anos houve 18% de crescimento nesse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil (IBGE, 2017).

Frente a esse crescimento é necessário proporcionar a esta população meios para que possam viver de maneira satisfatória, mantendo sua autonomia e independência, proporcionado, melhor qualidade de vida. Torna-se assim, indispensável que sejam implantados serviços que atendam às necessidades da população envelhecida, como daqueles que estão em processo de envelhecimento e que, concomitantemente, haja o fortalecimento dos serviços já existentes.

A Política de Envelhecimento Ativo, publicado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, em 2002, e atualizado pelo Centro Internacional de Longevidade no Brasil – ILCB, em 2015, aponta os quatro pilares que devem nortear as ações políticas: saúde, participação, segurança/proteção e aprendizagem ao longo da vida. O envelhecimento ativo se aplica a pessoas de todas as idades, idosos frágeis, com alguma deficiência, que necessitam de cuidado e aos idosos que são ativos e saudáveis. O objetivo dessa política é manter qualidade de vida, autonomia, independência e expectativa de vida saudável à medida que as pessoas vão envelhecendo (CILB, 2015).

Seguindo as diretrizes da OMS, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, aprovada em 2006, tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência, assegurando assim os direitos do idoso através de medidas individuais e coletivas que assegurem assistência integral e eficaz a esta população (BRASIL, 2006).

Proporcionar equidade e melhorias nas condições e no modo de viver, expandindo a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, é um dos objetivos da Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS. Como

também, assegurar o aprimoramento de espaços que possibilitem a produção social, o aperfeiçoamento das habilidades pessoais e coletivas, que sejam favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem- viver (BRASIL, 2018).

Diante dessas mudanças demográficas e das diretrizes propostas pela OMS, PNSPI e PNPS, evidencia-se a importância dos espaços de cuidado e que as políticas públicas possam ser efetivadas e fortalecidas para melhor assistir essa população. Os grupos de convivência de idosos são uma das possibilidades de espaços voltados para o cuidado do idoso, que vão além do aspecto clínico. Os grupos de convivência para o idoso são ambientes sociais que proporcionam lazer, aprendizagem, socialização, promoção da saúde, manutenção de habilidades funcionais e envelhecimento ativo (PREVIATO et al., 2019). Ressalta-se também que as atividades em grupo possuem efeitos positivos na melhoria da qualidade vida do idoso, pois esses indivíduos tendem a ser mais saudáveis no que se refere à cognição, comportamento, psicológico, envolvimento social e saúde física.

Estudo sobre a autopercepção de idosas acerca do processo de envelhecimento, concluíram que as participantes do estudo sentiam-se satisfeitas em poder viver a fase do envelhecimento de forma saudável e ativa. Percebeu-se também que a velhice não é um processo único, mas que é um período complexo, particular e peculiar, que se soma a vários fatores vivenciados por cada ser humano (MENEZES et al., 2016).

Com a dinâmica populacional que tem ocorrido, aumentou o número de pessoas que chegou à terceira idade, sem necessariamente sentirem-se “velhos”, mas sentindo-se livres para agirem de acordo com seus desejos e interesses. Faz parte desta fase da vida relacionar-se e conviver com outras pessoas. Estar inserido em um meio social saudável, move o idoso a caminhar em direção ao futuro, por este motivo, sua inserção em grupos de convivência pode ser considerada como uma atividade que lhe dar prazer, um espaço para valorização de sua opinião, suas experiências e vivências de vida (LOPES, ARAÚJO, NASCIMENTO, 2016).

O grupo proporciona um envelhecimento mais ativo e saudável, sendo uma alternativa para melhoria da qualidade de vida (ANDRADE, et al., 2014). É um espaço que possibilita construção de amizades,

viagens, prática de exercícios físicos, diversão, conhecer outras pessoas, entre outros, que favorecem mudanças na vida do idoso e que conseqüentemente o influenciam a continuar participando do grupo, bem como incentivar outros a frequentarem este espaço.

Os grupos de convivência contribuem para a ampliação das redes de sociais de apoio do idoso. Essas redes sociais de apoio são importantes para o idoso, pois promovem interação social, criam estratégias eficazes para valorização da autoestima e estimulam a comunicação (SILVA, et al., 2011).

O processo grupal favorece a formação e ampliação de vínculos afetivos, a construção de rede de apoio, análise e conscientização dos determinantes do processo saúde–doença, organização e mobilização para o efetivo controle social, como também local para orientação, intervenção e educação em saúde (COMBINATO, et al., 2010).

Considerando o exposto, a preservação da qualidade de vida, transcende boas condições fisiológicas e funcionais. Fatores como auto estima, relações pessoais satisfatórias e sentimento de pertencimento social estão diretamente ligados com as condições de saúde. O engajamento de idosos no processo de construção social, cultural, cívica, recreativa, intelectual ou espiritual, promove sentimento de realização e pertencimento oportuniza relações sociais positivas (CILB, 2015).

Este estudo buscou conhecer os significados do grupo de convivência para os idosos e se eles percebem alguma relação entre sua condição de saúde e sua participação no grupo. Assim como, identificar se ocorreram mudanças nos hábitos de vida e cuidados com a saúde percebidos pelos idosos após a participação nos grupos.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa, de acordo com Minayo (2010), apresenta uma compreensão da realidade como elemento social, levando em consideração aspectos culturais, hábitos, crenças, valores, opiniões, ressaltando a subjetividade dos indivíduos na praticidade de suas interpretações do meio que os circunda. A pesquisa qualitativa se norteia pela a organização de informações sobre valores, percepções, ações e crenças que podem ser colhidos pelos pesquisadores através de diferentes tipos de abordagens.

A pesquisa foi realizada na Policlínica Municipal da Pessoa Idosa PMPI, localizada no bairro de Tambiá, em João Pessoa- PB. O Serviço especializado em saúde da pessoa idosa conta com o apoio da atenção primária da saúde e possui equipe de assistência multiprofissional diariamente. Além dos atendimentos clínicos, o serviço também conta com grupos que, além de proporcionar convivência entre os idosos, possuem diferentes formas de abordagem, com objetivo de cuidado integral. Os grupos acontecem semanalmente ou quinzenalmente. A PMPI é uma unidade de saúde complementar da Rede de Especialidades do Sistema Único de Saúde, exclusiva para usuários a partir de 60 anos. A Policlínica funciona com serviços de atenção individual que compreendem consultas médicas, odontológicas, enfermagem, fisioterapia, psicoterapia, fonoaudiologia, nutrição e assistência farmacêutica. Além da assistência individual ao usuário, também são desenvolvidas atividades coletivas de promoção e prevenção à saúde, através de grupos de convivência, oficinas de estímulo da memória, escola de postura, grupo musical e educação física, coordenados pelos profissionais do próprio serviço (JOÃO PESSOA, 2019).

No ano de 2018, segundo informações do sistema regulador de marcação de consultas da policlínica, foram realizados 12.044 atendimentos de diversas especialidades. O serviço de média complexidade atende os idosos residentes em João Pessoa- PB, através do encaminhamento da Unidade de Saúde da Família (USF), para consultas com a equipe multiprofissional.

Atualmente acontecem semanalmente os grupos: Bem-estar, independência e autonomia (BIA); Escola de postura; Grupo de convivência e quinzenalmente os grupos: Memória; Coral e o Grupo de homens. Ao todo existem 169 idosos cadastrados para participarem dos grupos, destes 120 participam assiduamente. Para participar dos grupos o idoso não necessita ser encaminhado pelo USF que lhe assiste, o mesmo realiza um cadastro na PMPI e a equipe encarrega-se de integrá-lo.

Para a realização da pesquisa, foi utilizada como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, com roteiro elaborado pelas pesquisadoras, realizada com os usuários, que frequentam algum grupo ofertado na PMPI.

Minayo (2010) afirma que a entrevista é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para objeto de pesquisa. A entrevista semiestruturada combina perguntas objetivas e subjetivas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

As primeiras abordagens aos mencionados usuários foram realizadas na PMPI. A pesquisadora realizou uma apresentação pessoal, seguida de explicação acerca do projeto de pesquisa, do método que será utilizado e dos objetivos com a realização da mesma. O roteiro da entrevista foi composta dos dados sociodemográficos (idade, sexo, escolaridade, estado civil, dentre outros) e questões referentes à participação do idoso no grupo de convivência.

As entrevistas foram realizadas na PMPI, foram gravadas na íntegra em aparelho digital, com autorização prévia dos entrevistados, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a Resolução nº466/12 da CONEP/MS. Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley /Universidade Federal da Paraíba, sob o CAAE 23429519.9.0000.5188.

Os critérios adotados para participação na pesquisa foram: estar participando de algum dos grupos de convivência ofertados pela PMPI há pelo menos seis meses; apresentar faixa etária acima de 60 anos; aceitar participar da pesquisa e permitir a gravação da entrevista em áudio.

Para a análise do material coletado, foram seguidos os passos metodológicos da análise de conteúdo temática, recomendados por Minayo (2008). Inicialmente foi realizada uma pré-análise, com leituras pormenorizadas, organização e sistematização dos dados e eixos estruturantes; exploração do material, a categorização dos dados, criação de unidades de registros, a partir da similaridade dos conteúdos; por último, o tratamento e interpretação dos dados, realizou-se a análise dos dados, a interpretação dos significados dos conteúdos temáticos e discussão com o referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 15 idosas, com idades variando de 66 a 80 anos, em sua maioria viúvas (10 idosas). Apenas duas não foram alfabetizadas. Todas participantes de algum dos grupos realizados na PMPI, somente quatro das entrevistadas fazia menos de um ano que frequentavam os grupos. Todas participavam de mais de um grupo.

A presença massiva de mulheres nos grupos de convivência se deve, em parte, ao fenômeno que vem sendo observado por outros pesquisadores, que tem recebido o nome de feminização da velhice. Este fenômeno vem ocorrendo em função de maior expectativa de vida das mulheres, em virtude dos cuidados com a saúde e como tratam as patologias que aparecem ao longo da vida.

Atualmente na PMPI possui um grupo voltado para os homens, entretanto, não foi possível a realização de entrevista com os mesmos devido à incompatibilidade de horário.

Após a leitura atenta dos dados coletados e do material bibliográfico relacionado à temática, seguindo o método escolhido para a realização desse estudo, foi possível reunir cinco categorias, em torno das quais agrupou-se as falas e discussões, tendo em vista o significado do grupo de convivência para os idosos entrevistados: Resignificando a vida; Resignificando a doença; Revendo hábitos de vida e o cuidado de si; Os sentidos atribuídos ao grupo; Avaliando o serviço.

3.1 Resignificando a vida.

As mudanças nos papéis sócio ocupacionais no decorrer da idade, muitas vezes, impacta negativamente no cotidiano dos mais idosos. Relatos da maioria das entrevistadas revelam que após ficarem viúvas ou separarem-se, os filhos tornarem-se independentes ou aposentarem-se, o dia a dia se restringia a cuidar dos afazeres domésticos e que essa rotina, somado ou não há outros problemas familiares, as deixavam tristes.

Eu sempre fui alegre e feliz e depois que meu marido faleceu, eu me tranquei e ficava todo momento pensando nele. Aí depois que entrei no grupo comecei a voltar o que eu era antes. Brinco, sorrio e não choro mais (P2, 74 anos).

Eu estava com depressão. Eu só fazia serviço de casa, era aborrecimento e muito estresse. Eu cheguei aqui muito ruim, com depressão. Vim para uma consulta com a Psicóloga e ela me indicou a participar dos grupos. Fui gostando e fazendo amizade. Fiquei para me distrair um pouco, ocupar minha mente. Eu chorava muito, tentei suicídio. Sem ter o apoio de ninguém, não queria sair de casa de jeito nenhum (P9, 66 anos).

Minha vida era só sofrimento. Eu sofri muito no meu casamento e quando me divorciei uma amiga me convidou para eu conhecer o grupo. Achei interessante e continuei vindo (P13, 76 anos).

O processo de envelhecimento traz consigo muitas mudanças sociais, de valores, culturais, econômicos, novas configurações familiares (BARROS, et al., 2015) e, muitas vezes, os idosos têm dificuldades em adaptarem-se a tais mudanças. Segundo os entrevistados o grupo de convivência contribuiu para o compartilhamento de experiências, possibilitando novas vivências e novos modos de vida.

Em estudo realizado com idosos participantes de grupo de convivência concluiu-se que os grupos contribuíram para ampliar os conhecimentos, melhorar a autoestima, afastar a solidão, promovendo momentos de distração e compartilhamento sobre acontecimentos da vida. Além disso, alguns idosos relataram que o grupo é uma oportunidade de estabelecer novas amizades, já que nesta fase o distanciamento de amizades e de eventos sociais é mais frequente devido aos agravos próprios desse ciclo vital (RAUBER, COSTA, PISSAIA, 2019).

Diante das falas das idosas e em conformidade com os autores citados, durante o processo do envelhecimento acontecem muitas mudanças e uma delas é o desligamento do trabalho ou de outras atividades que desenvolviam, que por muito tempo foi o que ocupou a maior parte da sua rotina. Nesse momento é comum perceber que o idoso não consegue engajar-se em outras atividades diferentes da que exercia e o mais comum entre as mulheres é voltar esse cuidado para os afazeres domésticos. Sendo assim, ofertar ambientes como grupos de idosos é uma das possibilidades para ressignificar esta fase da vida.

3.2 Ressignificando a doença.

Das 15 idosas participantes do estudo, 11 expuseram apresentar problemas de saúde antes de começarem a participar dos grupos. Relatam que sentiam dores articulares; dificuldade de memória; que- das recorrentes; humor deprimido e problemas estomacais.

Minha saúde era péssima, péssima mesmo, mas depois que comecei a fazer os exercícios, aula de memória, ouvir palestras, eu melhorei muito (P6, 71 anos).

A minha saúde era muito ruim. Eu tenho artrose e osteoporose. Tinha dia que não conseguia nem levantar, mas aí a Fisioterapeuta daqui dizia que minha osteoporose iria agradecer se eu fizesse os exercícios e hoje graças a Deus faço tudo direitinho e não dói nada (P4, 77 anos).

Eu sentia muitas dores, era indisposta. Às vezes eu não tinha nem vontade de sair de casa de tanta dor que sentia, mas agora estou bem animada (P10, 67 anos).

As doenças ou condições de saúde podem prejudicar a funcionalidade do idoso e torná-lo assim mais vulnerável. É comum encontrar na população idosa a polipatologia, poli-incapacidades e polifarmácia, favorecendo a iatrogenia. O declínio funcional pode ser considerado como uma condição clínica favorável a incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Idosos com comprometimentos funcionais geralmente apresentam incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidades comunicativas (OPAS, 2012).

A prevalência de doenças crônicas degenerativas (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças osteomusculares, doenças neuropsiquiátricas, diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica) no processo de envelhecimento é decorrente, dentre outros, de hábitos não saudáveis durante a vida e tendem a trazer prejuízos para funcionalidade dessa população. Devido a isto, é importante que a população tenha mais acesso a informações importantes sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e a importância de manter hábitos saudáveis (OLIVEIRA, FERREIRA, GUABIROBA, 2018). A atividade física, como apontado pelos idosos entrevistados, atenua as mudanças fisiológicas que acompanham o processo de envelhecimento (MENEGUCI, GARCIA, SASAKI, et al., 2016)

O grupo é um dos espaços em que podem acontecer atividades de promoção a saúde, motivação para mudança de hábitos de vida e compartilhamento do conhecimento a respeito de patologias já instaladas para que o idoso consiga conviver da melhor forma possível com a doença existente, de modo que a mesma não impeça de desenvolver suas atividades cotidianas.

É perceptível, ao se analisar as falas apresentadas pelas idosas, que estas apresentavam limitações físicas devido ao estado de saúde das mesmas. Mas, após a prática de exercícios físicos por elas desenvolvidos durante a participação contínua nos grupos, foram notadas melhoras na saúde e, conseqüentemente, em outras áreas da vida, corroborando, assim, com o exposto na literatura: o estado de saúde do idoso está diretamente ligado a sua funcionalidade; e a atividade física, a participação em grupos de convivência contribui para melhora das mudanças causadas pelo envelhecimento.

3.3 Revendo hábitos de vida e o cuidado de si.

As idosas participantes da pesquisa (n=15) mencionaram ter percebido mudanças no cuidado com a saúde e nos hábitos de vida após a participação nos grupos e atribuem essas melhoras ao que é vivido dentro dos grupos, como: educação em saúde, atividades para estimulação cognitiva, atividade física e os momentos de socialização.

Mudou muito eu era muito estressada, eu só vivia fazendo serviço em casa, tinha muito cuidado com as coisas materiais. E agora não, agora sei me cuidar depois das palestras que me deram aqui. Andar, rir, cantar, melhorou tudo pra mim. A tristeza saiu, eu era muito triste e nervosa. Hoje me sinto alegre e passo minha alegria para minhas amigas. Faço todos os exercícios aqui e repito em casa. Tudo mudou (P6, 71 anos).

Eu me sinto mais ativa, cheia de vida, a timidez que eu tinha foi embora. Eu era tímida e calada, aqui o conhecimento me despertou. Eu percebo mudanças nos meus hábitos de vida. Eu era muito doente mesmo. E agora faço tudo, faço exercício físico, corro pra pegar o ônibus e subo ligeiro. Tudo melhorou pra mim, foi ótimo. Tudo que tem aqui no grupo me organizo e venho logo (P1, 69 anos).

As atividades grupais para os idosos melhora a saúde do idoso e favorece a integração social. É uma alternativa para prevenir doenças, promover saúde, criar ou ampliar vínculos, compartilhar saberes e experiências de vida, além de proporcionar melhor funcionamento físico e cognitivo. Promovendo assim, um envelhecimento mais ativo que contribui para manter a autonomia e independência (DAMASCENO, ARAGÃO, MESQUITA, 2018).

A Fundação Nacional de Saúde publicou em 2007 um documento sobre as diretrizes da Educação em Saúde para a promoção da saúde. A base para que a educação em saúde aconteça se dá a partir da capacitação de indivíduos e grupos para atuarem sobre a realidade e transformá-las através da consciência crítica a respeito dos seus problemas de saúde e em conjunto construir ações para solucionar esses problemas (BRASIL, 2007). Outros autores (ALMEIDA, PEREIRA, OLIVEIRA, et al., 2018) reforçam que a educação em saúde é uma estratégia que permite explicar temas relacionados a saúde de forma dinâmica e educativa, dessa forma é possível alcançar melhores resultados devido ao envolvimento do grupo no cuidado integral de si e de seus pares.

Destaca-se também que algumas idosas relataram melhora no humor e sentem-se mais satisfação em viver. Como está exposto na fala a seguir:

Durante muito tempo tive depressão [alta]. Hoje já estou indo ao comércio sozinha. Compro minhas coisas. Porque eu tinha medo de tudo. Eu não tinha prazer em viver. Hoje estou vivendo, antes eu vegetava. Não tinha prazer em vestir uma roupa. Agora eu participo de tudo (P9, 66 anos).

Em um estudo realizado por Teixeira et al, (2016) com 215 idosos, verificou-se que a prática de atividade física em grupos pode interferir na prevalência de sintomas depressivos neste público. As melhoras desses sintomas foram constatadas não só pela prática da atividade física em si, mas por proporcionar a este idoso envolvimento social, estimulação corporal e qualidade de vida. De maneira que quanto mais ativo esse idoso for, mais facilidade ele terá para adequar-se ao processo do envelhecimento, colaborando assim para o bem-estar psicológico.

Consoante ao que foi citado a participação de idosos em grupos de convivência trazem benefícios notáveis que mostram o quanto é valido investir em outras formas de prevenção e promoção da saúde.

3.4 Os sentidos atribuídos ao grupo.

Em um estudo realizado com objetivo de identificar o que seria o envelhecimento ativo pela ótica do idoso, foram entrevistados 22 idosos que apontaram as seguintes perspectivas do que significava envelhecimento ativo para eles: a capacidade de realizar as atividades cotidianas; manter o vínculo e o convívio familiar; participar de grupo de idosos; independência financeira; ser respeitado pela sociedade; participar de atividades sociais e de lazer; a espiritualidade; ter saúde; estar acompanhada do cônjuge; viver sozinha e sentir-se jovem (BISPO, FURINI, FIDELIS, et al, 2019).

O convívio em grupos de idosos é uma das alternativas para promover a autonomia e a cidadania desses sujeitos. Os grupos de convivência têm, portanto, o objetivo de fortalecer o papel social do idoso, através de estratégias que contribuam para um envelhecimento ativo, saudável e autônomo. É um importante espaço para desconstruir o conceito sobre envelhecimento que boa parte da sociedade possui, devido a modelos padronizados do comportamento da pessoa idosa, construídos a partir da biologização e homogeneização da velhice. Durante essa fase da vida o fazer, representa algo relevante e significativo, contribuindo para que o idoso se auto perceba produtivo (SILVA, LAGE, 2018).

“A gente se sente muito bem. Mesmo que você amanheça o dia sentindo dor, quando chega aqui e faz os exercícios tudo melhora. Fazemos amizades também. Acho muito importante pra gente viver melhor, em todos os sentidos, tanto na vida, como na saúde” (P10, 67 anos)

Significa muita coisa [o grupo]. Eu sou grata a Deus e a minha amiga que me trouxe. Considero muito importante participar dos grupos, percebi muitas diferenças na minha saúde depois que comecei a vir pra cá (P13, 76 anos).

Os idosos que frequentam grupos de convivência tem a oportunidade de participar de atividades que os mantenham autônomos,

independentes e que contribuem para o bem estar físico e social. Além disso, auxilia no estabelecimento de relação de cumplicidade, respeito e companheirismo com pessoas da sua mesma faixa etária, melhorando autoestima, promoção da saúde e qualidade de vida (RAUBER, COSTA, PISSAIA, 2019).

Eu sou uma pessoa que nunca foi de sair para os lugares para me distrair. Eu vim pra cá por causa do divertimento, passeios, a gente se diverte, é muito bom pela idade da gente. É muito bom participar desses grupos para cuidar da saúde também (P6, 71 anos).

Aqui eu tenho minhas amigas, telefonamos umas para as outras, é muito bom a amizade com pessoas da mesma idade. Eu tenho certeza que se eu conversar com você que é jovem, você não vai saber, pelas coisas que eu já passei, você não vai ter ideia. E quando a gente conversa com alguém da nossa idade ela já entende porque já passou pelas fases que eu passei. Então a gente fica mais à vontade pra conversar e se sente bem melhor depois da conversa (P4, 77 anos).

Assim como nos estudos citados, identificou-se nas falas das idosas o quanto é importante na fase do envelhecimento está engajado em atividades com a participação em grupos, pois é um espaço onde são estabelecidas novas amizades, momentos de lazer, compartilhamento de vivências e cumplicidade. Percebeu-se também que a participação das mesmas nos grupos possuiu um significado importante no cotidiano delas.

3.5 Avaliando o serviço.

Durante as entrevistas as participantes da pesquisa tiveram oportunidade de falar um pouco sobre os serviços oferecidos pela Policlínica Municipal da Pessoa Idosa. Em sua maioria, o serviço foi elogiado por elas. Foram ressaltados alguns ajustes que segundo elas deveriam ser feitos. As principais queixas foram: estrutura física do local; número reduzido de profissionais do serviço; a qualidade dos lanches oferecidos; regulação para o atendimento médico. Alguns dessas ressalvas estão expostas nas falas a seguir:

Precisa melhorar muito a estrutura, os banheiros principalmente. Aqui todo mundo é muito bem tratado, o problema é só a estrutura mesmo (P12, 79 anos).

É bom, ótimo! As pessoas tratam a gente aqui muito bem. Nem as pessoas da nossa família nos tratam tão bem como as pessoas daqui (P9, 66 anos).

Eu acho bom, ótimo. Mas tem uma coisa que não acho bom. É que, como somos do grupo acho que quando a gente precisasse de uma consulta não era necessário ir ao PSF marcar, era pra ser direto aqui. Muitas vezes marcam a consulta para o médico em outro lugar, eu estando aqui no grupo. Acho isso errado. A prioridade era pra ser pra quem está aqui (P2, 74 anos).

Eu gosto demais daqui, de todos. Aqui é como se fôssemos uma família. Aqui aprendi a ser mais educada. A única coisa que deveriam mudar é a sala, ela é muito apertada pra gente fazer as atividades porque às vezes vem muita gente. Deveria ser uma sala maior (P8, 67 anos).

Foi evidenciado também que os serviços ofertados pela PMPI não cuida somente do tratamento de doenças, mas é um espaço aonde o idoso encontra novas oportunidades para cuidar da saúde, conviver com seus pares, verem seus direitos serem garantidos, dar novos sentidos para o processo do envelhecimento, aumentando assim, a expectativa de vida desta população e oportunizando melhorias na qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo mostrou o significado do grupo de convivência para um grupo de idosas. Através das suas falas podemos observar o quanto a participação e a convivência em grupos é capaz de ressignificar a vida, motivando novas práticas e possibilitando novas vivências; ressignificar a doença, tornando possível a convivência com ela, tornando-a suportável; possibilitando rever hábitos de vida e o cuidado de si, através de novos conhecimentos e troca de experiências; o reconhecimento do grupo como promotor de vida e saúde; avaliar o serviço, salientando a ampliação da sua rede de apoio, mantendo ou desenvolvendo um senso crítico que permite identificar os pontos frágeis que precisam de atenção. Enfim, o grupo de convivência torna o

processo de envelhecimento prazeroso, promove saúde física e emocional, como também proporciona a ampliação da rede social de apoio.

As idosas participantes do estudo notaram os benefícios que as atividades em grupos geraram e que essas mudanças foram além de melhoras na saúde física, como: redução de dores articulares, redução de quedas, melhorias na memória, interação social, aumento de rede de apoio, convivência com seus pares e o aumento do conhecimento sobre os cuidados com a saúde. Além dos benefícios citados, foram destacados também que a participação nos grupos ocupa um espaço significativo no cotidiano das mesmas.

Vale ressaltar a importância do serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde e realizado através da PMPI, por meio da equipe multiprofissional, na promoção da saúde e na prevenção de doenças, no cuidado integral ao idoso. Destaca-se a relevância de serviços como estes voltados para esta população, pois é sabido que quando se investe nesse tipo de atenção os gastos públicos com internações hospitalares e tratamentos de doenças são reduzidos. Diante disso, se faz necessário que estes serviços encontrem-se cada vez mais estruturados para atender a este público.

Destaca-se que estudos como esse são importantes, pois fomenta outras formas de se fazer saúde para além de cuidados clínicos e possibilita que outros trabalhos sejam realizados destacando outros fatores importantes que podem ser encontrados em grupos de idosos, considerando a relevância desse espaço para a população idosa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA LE, PEREIRA MN, OLIVEIRA V, et al. Abordagem do tabagismo em uma sala de espera: uma experiência extensionista. Extensio: **R. Eletr. de Extensão**. [internet]. 15(28): 127-136. 2018;. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2018v15n28p127/36399>. Acesso em: 04 fev 2020

ANDRADE NA, NASCIMENTO MMP, OLIVEIRA MMD, et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [internet]. 17(1): 39-48 Mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000100039&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 14 jul 2019.

BARROS TVP, SANTOS ADB, GONZAGA JM, et al. Capacidade funcional de idosos institucionalizados: revisão integrativa. **ABCS Health Sci.** [internet]. 2015 Dez; 41(3): 176-180. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/908/750>. Acesso em: 29 nov. 2019.

BISPO NNC, FURINI TF, FIDELIS AS, et al. Envelhecimento bem-sucedido na perspectiva de pessoas idosas. In: **Anais do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa**. Jul 16-19; Lisboa. Portugal; 2019. p. 1303-1311. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/download/2277/2198> Acesso em: 22 jan 2020.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base - Fundação Nacional de Saúde 2007. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7ao++em+Saude+-+Diretrizes.pdf/be8483fe-f741-43c7-8780-08d824f21303>. Acesso em: 25 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** [internet]. Brasília, DF. 2018 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 25 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa** [internet]. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 18 jul. 2019.

CIEH - Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Envelhecimento ativo**: um marco político em resposta à revolução da longevidade [internet]. Rio de Janeiro, RJ. 2015.. Disponível em: http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf. Acesso em: 17 ago. 2019.

COMBINATO DS, VECCHIA MD, ELLEN GL, et al. "Grupos de conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde das família. **Psicol. Soc.** [internet] Dez. 22(3): 558-568. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 jul 2019.

DAMASCENO AJS, ARAGÃO CP, MESQUITA FMS. A extensão universitária como estratégia para educação em saúde com grupo de idosos. **Rev. Kaïros Geron.** [internet]. 21(4): 317- 333. 2018. Disponível em: <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/45194/29889>. Acesso em: 20 jan. 2020.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017** [internet]. Rio de

Janeiro, RJ. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 17 ago. 2019.

JOÃO PESSOA. Prefeitura Municipal. Policlínica Municipal do Idoso da **Capital atende 2,5 mil usuários por mês** [internet]. 27 jul 2019. Disponível em: <http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/policlinica-municipal-do-idoso-da-capital-atende-25-mil-usuarios-por-mes/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

LOPES MJ, ARAÚJO JL, NASCIMENTO EGC. O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. **Revista Kairós Gerontologia**. [internet]. Abr 19(2): 181-199. 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/32155/22221>. Acesso em: 08 ago. 2019.

MENEGUCI J, GARCIA CA, SASAKI JE, et al. Atividade física e comportamento sedentário: fatores comportamentais associados à saúde de idosos. **Arq Cien Esp**. [internet]. 2016 Nov 4(1): 27-28. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/aces/article/viewFile/1970/1995>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MENEZES JNR, TOMAZ BS, PONTES VF, et al. A autopercepção de idosas sobre o processo de envelhecimento. **Estud. interdiscipl. envelhec.** [internet]. 21(2): 135-148, 2016;. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/59349>. Acesso em: 13 ago. 2019.

MINAYO, MCS. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S.; GOMES, R.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27.ed. Petrópolis: Vozes, p.9-29. 2008..

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA DW, FERREIRA JVS, GUABIROBA JS. Prevalência de doenças crônicas degenerativas nos idosos frequentadores do CRAS de mineiros. IN: **III Colóquio estadual de pesquisa multidisciplinar e I Congresso nacional de pesquisa multidisciplinar**. [internet]. 2018 mai 21-23; Minas Gerais, Brasil. Minas Gerais: Pesquisa Unifimes; 2018. [acesso em 2020 jan 22]. Disponível em: <http://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/509>.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção à saúde do idoso: Aspectos conceituais** [internet]. [Brasília, DF]. 2012. Brasília –DF; 2012. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jan. 2020.

PREVIATO GF, NOGUEIRA IS, MINCOFF RCL, et al. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. **Rev Fun Care Online**. 2019 jan/mar; 11(1):173-180. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.173-180>; 11(1): 173-180. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6869/pdf_1. Acesso em: 4 fev 2020.

RAUBER L, COSTA AEK, PISSAIA LF. A percepção de idosos sobre a participação em atividades de um grupo de convivência. **Revista Espaço Ciência & Saúde**. [internet]. 2019 Jul 7(1): 1-8. Disponível em: <http://www.revistaeletro-nica.unicruz.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/8129/2134>. Acesso em: 25 jan. 2020.

SILVA AS, LAGE AC. Práticas educativas nos grupos de convivência para idosos: promoção do envelhecimento ativo e da convivência familiar e comunitária em espaços educativos "outros". **Revista COCAR**. [internet]. Dez; 12(24): 524-557. 2018. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/seer/index.php/cocar/article/view/1958/1001>. Acesso em: 22 jan. 2020.

SILVA HO, MAYNNA JADC, LIMA FEL, et al. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol**. [internet]. 2011 Mar; 14(1): 123-133. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a13v14n1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2019.

TEIXEIRA CM, NUNES FMS, RIBEIRO FMS, et al. Actividad física, autoestima y depreión em adultos mayores. **Cuadernos de Psicología del Deporte**. [internet]. 2016 Set 16(3): 55-65. Disponível em: <https://revistas.um.es/cpd/article/view/278431/205461>. Acesso em: 20 jan. 2020.

PERCEPÇÕES DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO IDOSO SUBMETIDO À PROSTATECTOMIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANA CRISTINA RODRIGUES LUNA E SILVA

AUDIMERE MONTEIRO PEREIRA

RAFAELA FERNANDES PORTO

ROSÂNGELA VIDAL DE NEGREIROS

RESUMO

O câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens e sua incidência é maior em sujeitos com idade acima de 65 anos, a prostatectomia por sua vez é cirurgia realizada para tratamento do câncer de próstata, podendo gerar complicações do tipo incontinência urinária, disfunção erétil, formação de coágulos e hemorragia, além de conflitos emocionais. Pleiteia-se desenvolver um estudo que relate experiência vivenciada pela equipe de enfermagem e suas percepções, em meio à observação da problemática instalada em um idoso, internado em uma clínica cirúrgica, mediante a assistência de enfermagem prestada ao idoso submetido a prostatectomia. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. A pesquisa descreve o relato da experiência vivenciada por um grupo de profissionais de enfermagem formado por enfermeiros e técnicos, na ala de clínica cirúrgica de um hospital público em Campina Grande/Paraíba; as observações ocorreram durante os meses de julho e agosto ano de 2021, onde foram desenvolvidas atividades pertinentes à equipe de enfermagem. Ficou evidente a importância do profissional de enfermagem na assistência ao cliente hospitalizado e a necessidade da sistematização da assistência de enfermagem no processo de trabalho, garantindo a assistência holística e individualizada, com intuito de atender as necessidades do cliente e prevenir as complicações pós-operatórias.

Palavras-Chaves: Idoso, Prostatectomia, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A próstata é a glândula que compõe o sistema reprodutor masculino, situada na pelve, ela participa da síntese do sêmen. O crescimento exagerado dessa glândula pode caracterizar o câncer de próstata, com o avanço da doença o paciente pode ser necessário um procedimento cirúrgico, denominado prostatectomia. De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, um em cada seis homens com idade acima dos 45 anos pode ter a doença sem que conheça o diagnóstico (MATOS, 2017).

O câncer de próstata é o segundo mais comum entre os homens e sua incidência é maior em indivíduos com idade acima de 65 anos. O aumento na expectativa de vida, a evolução dos crescimento nas taxas de incidência no Brasil (PORTO, 2017).

A prostatectomia é cirurgia realizada para tratamento do câncer de próstata, podendo gerar complicações como incontinência urinária e disfunção erétil, além da formação de coágulos que podem obstruir o cateter, distende a cápsula prostática e provocar hemorragia, são possíveis complicações as quais estão expostos os pacientes submetidos a esse tratamento, além disso, o cliente pode vivenciar conflitos emocionais tais como tristeza, medo, raiva e desamparo. Nesse sentido, o enfermeiro deve oferecer orientações adequadas e apoio, para amenizar tais incertezas dos possíveis efeitos colaterais do procedimento (SERAFIM; CARDOZO, 2017).

Sendo assim, é importante monitorar a qualidade da assistência ofertada no ambiente hospitalar e nas práticas realizadas, atentando aos que necessitam de aperfeiçoamento e investimento, como: na educação através da capacitação dos profissionais quanto às medidas de segurança do paciente (RÓS et al., 2017). Preconizadas pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente - PNSP que visa contribuir com a qualificação em saúde em todos os estabelecimentos de saúde. Sabe-se que a segurança do paciente é um dos seis atributos do cuidado (BRASIL, 2014).

Merece destaque, dentre os seis atributos, a cirurgia segura, com o acompanhamento pós-operatório sendo de extremamente importante para um bom resultado, para tanto, o enfermeiro deve assegurar ao

paciente, uma abordagem holística e individualizada através de ações planejadas (PORTO, 2018).

As ações são estabelecidas no plano de cuidados destinado ao paciente, que enfatiza a competência do enfermeiro na tomada de decisão levando em consideração o conhecimento científico ao integrar pesquisa, raciocínio baseado em evidências e prática assistencial, que deve fundamentar o diagnóstico e as intervenções, além de auxiliar na tomada de decisões clínicas, para a continuidade da assistência, destacando a possibilidade de reavaliação do planejamento e, assim, propor melhorias para um cuidado sistematizado com o objetivo de sanar o problema, evitando possíveis complicações, enfatizando a promoção a saúde do paciente (MIRANDA et al., 2018).

As complicações inerentes à prática cirúrgica podem ser definidas como um evento não esperado e/ou não planejado, que modifica o curso usual do procedimento ou do período pós-operatório, que necessite de outro tipo de tratamento, com longa observação pós-operatória ou até mesmo outra cirurgia, assim obter conhecimento de como as complicações podem ser evitadas é a melhor maneira de prevenir complicações cirúrgicas (GOMES, et al., 2019).

Analisando a complexidade acerca da temática e a importância do profissional de enfermagem na prevenção e cuidados ao paciente idoso, faz-se necessário a observação das práticas realizadas nesse contexto. A partir do observado, pretende-se desenvolver um relato de experiência vivenciado pela equipe de enfermagem e suas percepções, em meio à observação da problemática instalada em um idoso, internado em uma clínica cirúrgica, de um hospital público na cidade de Campina Grande/PB.

Assim, este artigo tem como objetivo desenvolver um estudo que relata experiência vivenciada pela equipe de enfermagem e suas percepções, em meio à observação da problemática instalada em um idoso, internado em uma clínica cirúrgica, acometido por complicações cirúrgicas após ser submetido a cirurgia de prostatectomia .

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. A metodologia descritiva está diretamente

interligada ao relato de experiência, este, condiciona ao desenvolvimento satisfatório perante as exposições observadas, assim como possibilita uma reflexão acerca da situação vivenciada em âmbito profissional, podendo ser percorrida neste relato de experiência, sendo intensamente difundido na atualidade (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

A pesquisa concentra-se em descrever o relato da experiência vivenciada pela equipe de profissionais de enfermagem formado por enfermeiros e técnicos em enfermagem, na ala de clínica cirúrgica de um hospital público em Campina Grande/Paraíba; o acompanhamento do paciente ocorreu durante os meses de julho e agosto de 2021, onde foram desenvolvidas atividades pertinentes à equipe de enfermagem.

A fim de expor a experiência vivenciada pela equipe de enfermagem na assistência ao paciente idoso, 64 anos, submetido à prostatectomia radical devido a achados oncológicos; observou-se no pós operatório imediato e mediato o desenvolvimento de sinais como: abdome globoso, distensão abdominal, hematúria e exsudato serohemático na ferida operatória, após a observação de líquido intracavitário identificado em tomografia computadorizada, caracterizando fístula vesical. O paciente foi submetido a novo procedimento cirúrgico do tipo laparotomia exploradora, ao longo dos dias apresentou conteúdo possivelmente urinário no dreno de blake, com orientação prescrita de suspender o vácuo do dreno e de alternar com e sem vácuo, sem sucesso, o paciente foi submetido ao procedimento de cistoscopia e passagem de cateter ureteral bilateral com conteúdo urinário mensurado em bolsas coletoras distintas, com a manutenção do tratamento o cliente obteve redução progressiva do débito urinário pela via do dreno, em menos de 30 dias o cliente recebeu alta hospitalar sem débito do dreno, com evolução satisfatória da fístula, que veio a fechar.

Diante do caso a equipe de enfermagem colaborou com o tratamento do cliente, realizando intervenções de enfermagem, visando sanar a problemática do paciente e registrando através desse relato de experiência a problemática vivenciada.

A pesquisa foi desenvolvida mediante as observações realizadas pela equipe de enfermagem, no curso da assistência prestada ao cliente, contudo não foram usados dados que viessem identificar a instituição ou paciente, apenas que transcorresse o nível fisiopatológico do mesmo.

A realização dessa pesquisa possibilita a reflexão da prática exercida por profissionais inseridos no sistema de saúde hospitalar, assim como o incentiva ao desenvolvimento de mais trabalhos que retratem acerca do funcionamento da prática de enfermagem, a fim de orientar o profissional na relação da teoria à prática desenvolvida no âmbito profissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PROSTATECTOMIA E COMPLICAÇÕES VIVENCIADAS

No relato de experiência estão apresentadas as percepções dos profissionais de enfermagem durante a assistência ao paciente idoso submetido a procedimento cirúrgico do tipo prostatectomia radical, acometido por complicações pós operatória.

Cliente idoso, aposentado, hipertenso e portador de neoplasia maligna de próstata (adenocarcinoma), submetido a procedimento cirúrgico do tipo prostatectomia radical em oncologia. A idade é fator relevante para o surgimento do câncer de próstata, além dos fatores genéticos hereditários, hábitos alimentares e estilo de vida potencializa o risco de algumas famílias e constitui-se como um problema de saúde pública, sendo o segundo tipo mais prevalente entre a população masculina, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Em sua fase inicial tem evolução assintomática por isso destaca a importância do diagnóstico precoce como estratégia de políticas públicas destinadas à saúde do homem (INCA, 2021).

A próstata é uma glândula única presente em homens, comumente comparada ao tamanho de uma “noz” pesa em torno de 20g aos 20 anos de idade e sofre um crescimento de 0,4g/ano a partir dos 30 anos, situa-se imediatamente anterior ao reto, por esse motivo o exame de toque retal constitui uma forma de avaliação prostática, a glândula possui função secretora do líquido prostático, o qual é dotado de um pH básico, sendo importante no processo de alcalinização vaginal e atribuindo um aspecto leitoso ao sêmen, além do seu odor característico (SARRIS, 2018).

O câncer de próstata é o segundo tipo mais frequente entre os homens, sendo na raça negra ainda mais comum que entre os brancos,

constituindo a quinta maior causa de morte por câncer, em todo o mundo no ano de 2012 aproximadamente um milhão de homens foram diagnosticados com câncer de próstata, correspondendo a 15% dos cânceres em homens, sendo as regiões desenvolvidas do país responsável por cerca de 70% dos casos, embora seja o tipo de câncer mais incidente em todas as regiões do país (QUIJADA, 2017).

A Política de Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem - PNAISH, foi criada pelo Ministério da Saúde brasileiro, no ano de 2009, com a finalidade de promover ações de promoção, prevenção de doenças na população masculina, desde a atenção primária até o nível de maior complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbimortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e facilitação ao acesso às ações e serviços garantindo atenção integral à saúde do homem (BRASIL, 2009).

Apesar de existirem políticas, observa-se que o público em questão adentra ao serviço de saúde pela atenção especializada, e essa ação reflete diretamente no agravamento da doença, a demora no diagnóstico, a resistência da adesão e as dificuldades nos serviços de saúde contribuem negativamente para a morbimortalidade de doença por causas preveníveis e evitáveis nessa população, pois além da fisiopatologia da própria doença ainda ocorre um enfrentamento dos aspectos sociais, culturais e emocionais do indivíduo (KRÜGER; CAVALCANTI, 2018). Muitas vezes o estigma da masculinidade, vergonha de exposição do corpo e medo da confirmação da doença, faz com que caminhe para um diagnóstico tardio e um mau prognóstico da doença, necessitando de atendimento a nível hospitalar com maior frequência.

A cirurgia transcorreu sem intercorrências, o cliente foi recebido do centro cirúrgico consciente, orientado, hemodinamicamente bem, mantendo os seguintes dispositivos invasivos - sonda vesical de demora com débito claro e dreno de penrose apresentando conteúdo hemático em flanco inferior direito, acesso venoso periférico em infusão de soro ringer lactato, além de curativo oclusivo, limpo e seco na ferida operatória.

Prostatectomia Radical consiste na retirada cirúrgica total da próstata, vesículas seminais, parte dos canais deferentes e, em muitos

casos, do colo vesical, está indicada como procedimento padrão-ouro para o tratamento do câncer de próstata, apesar de colaborar com uma maior sobrevida, às complicações pós operatórias podem comprometer a qualidade de vida (MATA, 2021).

A anastomose vesicouretral é um dos pontos mais determinantes na cirurgia, sua confecção era feita inicialmente pela sutura com pontos separados, sofrendo evoluções constantes na busca de uma excelência cirúrgica, vem sendo substituída pela sutura contínua por oferecer benefícios (MACIEL, 2018).

A introdução da sonda vesical de demora em um organismo estéril permite a entrada de microorganismos por meio da sonda na uretra, sendo considerado assim, como risco potencial de infecção de trato urinário, é frequente o procedimento de inserção de sonda vesical em clientes hospitalizados, com o objetivo de drenar e medir o débito urinário, instilação de medicamentos em pacientes com cistite e irrigar a bexiga em pós-operatórios de cirurgias urológicas, o qual contempla o caso desse estudo (LOPES, 2018).

Nos primeiros dias de pós-operatório evoluiu com abdome tenso, distendido e globoso, doloroso ao toque. Permanece com sonda vesical de demora apresentando hematúria e durante troca de curativos diários realizado pela enfermagem, observado exsudato sero-hemático à expressão da ferida operatória.

A prostatectomia radical é uma cirurgia que pode apresentar diversas complicações, dentre elas, perda sanguínea no intraoperatório, linfocele, infecções, incontinência urinária no pós-operatório e/ou obstrução mecânica por coágulos sanguíneos, reabordagem cirúrgica, edema e disfunção erétil como destaca estudo de (KOCACAL; KARADAG, 2020).

Novo procedimento cirúrgico foi necessário, o cliente foi submetido a laparotomia exploradora, após realização da tomografia que identificou a presença de líquido na cavidade abdominal, retornou do centro cirúrgico mantém sonda vesical de demora, instalado dreno de blake em região lateral esquerda inicialmente sob vácuo como o padrão, ao longo dos dias evolui com aumento do débito em dreno de blake, constatado diurese no conteúdo do drenado, teve a orientação médica de suspender o vácuo do mesmo e posteriormente a

orientação de alternar a presença do vácuo, gerando dúvidas na conduta de enfermagem.

A laparotomia exploradora é um procedimento cirúrgico invasivo que precisa de anestesia geral e pode trazer prejuízos, avalia dentre outras situações, o aparecimento de complicações pós-operatórias (MATOS, 2019). Uma das possíveis complicações pós-operatórias em prostatectomia é o extravasamento de urina ou fístula urinária, sendo que o extravasamento de urina pela anastomose constatado pelo dreno é mais comum nos primeiros dias e geralmente resolve-se espontaneamente até o 14o dia pós-operatório (JACOBSEN, 2016). O dreno de Blake possui estrutura de silicone e foi criado com intuito de drenar feridas torácicas, e retirar presença de ar ou secreções de espaços cavitários, porém o uso adaptado na Diálise Peritoneal apresenta resultados satisfatórios (PEREIRA, 2021).

O cliente foi encaminhado pela terceira vez ao bloco cirúrgico, para a realização de um novo procedimento, através da cistoscopia, com a finalidade de instalar cateter ureteral bilateral, com coletores de urina distintos. A cistoscopia é preconizada em casos de alteração do fluxo urinário, que é o caso do cliente em estudo, além de contribuir no diagnóstico de cistite crônica, hematúria, tenesmo, polaciúria, incontinência urinária, traumas e cálculos, foi possível demonstrar que a sondagem uretral retrógrada, guiada por cistoscopia, para coleta de urina diretamente da pelve renal foi viável e não causou complicações (STRUGAVA, 2018).

O período de internação foi estendido devido às complicações instaladas, evidenciadas pela presença de diurese no conteúdo do dreno, ao longo dos dias, o cliente passou a apresentar baixa autoestima, discurso prolongado, acreditamos que na tentativa de atrair a atenção da equipe, demonstrava ansiedade, assim como sua acompanhante (esposa/companheira), também demonstrou mudanças de humor, entendemos que no período da pandemia a troca de acompanhantes ficou limitada, o que pode ter favorecido a um maior cansaço deles.

Algumas complicações como desenvolvimento da incontinência urinária após prostatectomia está relacionado à deficiência dos esfíncteres interno e externo da uretra, à disfunção da bexiga e à fraqueza dos músculos do assoalho pélvico o que pode ser evidenciado pela

idade do paciente, vida pregressa ou até mesmo pelo uso prolongado de sonda vesical de demora (GOMES et al., 2019).

O diagnóstico e o tratamento do câncer de próstata envolvem múltiplos estressores físicos e emocionais que somam o risco de sofrimento emocional e depressão dos pacientes, os primeiros dois anos após a prostatectomia radical são caracterizados por mudanças relativamente momentâneas no funcionamento físico e sexual, incluindo disfunção erétil, ereções menos firmes, experiência subjetiva de sentir redução da excitação e diminuição da plenitude na atividade sexual, 8,6% dos pacientes se achavam-se deprimidos uma vez por semana e 5,7% mais de uma vez ao dia (MASSA, 2018).

Os aspectos que pode influenciar negativamente na evolução do processo cirúrgico é evidenciado por complicações particular sistêmica de cada paciente, a questão psicológica, a compreensão do processo saúde-doença e fatores como presença de infecções, dor, edema, deiscência da ferida, sangramento e mobilidade física prejudicada, são elementos que influenciam no enfrentamento da doença e na adesão ao tratamento, assim como no processo de recuperação (ROMANZINI et al., 2018).

Como qualquer outro procedimento cirúrgico, na realização da prostatectomia apresentam risco de complicações, mesmo que temporariamente, o que pode interferir de forma negativa na qualidade de vida do homem. Tais complicações podem ser cunho imediato ou a longo prazo, como a incontinência urinária e a disfunção erétil, sendo que ambas as complicações podem ocasionar alterações psicossociais importantes em homens prostatectomizados, gerando ansiedade, depressão e baixa da autoestima, possivelmente estas alterações sejam provenientes de um sentimento de incerteza em como lidar com essas mudanças no seu cotidiano (IZIDORO et al., 2019).

A maioria dos pacientes submetidos à prostatectomia radical manifesta insuficiência urinária no pós-operatório, logo após a retirada do cateter vesical de demora, o que geralmente acontece entre quatro e vinte dias após a cirurgia, a depender da sua indicação. Sendo que a reabilitação miccional é gradativa, em situações mais complexas, a possibilidade de intervenção cirúrgica ou medicamentosa pode ser apreciada (MATA et al., 2021).

As complicações possíveis de acontecer após a cirurgia de prostatectomia, podem incidir no pós-operatório imediato e englobam as complicações existentes nos primeiros 30 dias, já as complicações tardias manifestam depois do primeiro mês de pós-operatório, uma das possibilidades é a fístulas vesico-cutâneas (GABRIEL, 2021). Constituindo a condição de complicação instalada no cliente em estudo, sendo revertida antes da alta hospitalar.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO DE PROSTATECTOMIA

O caso relatado demonstrou que a atuação da enfermagem merece destaque em relação à assistência prestada durante todo o período de internação, envolvendo todo processo, durante o pré-operatório, passando pelo trans e pós operatório, desde os procedimentos iniciais, assistindo o cliente durante as complicações instaladas, independente do tempo de internação no serviço.

Os enfermeiros apresentam atitudes proativas, de liderança, de empatia, de relação interpessoal e adotam a prestação do cuidado em conjunto com as demais categorias profissionais, contribuindo para impactar diretamente na qualidade da assistência holística em favor do cliente, além de facilitar a comunicação entre a equipe de saúde, promovendo o cuidado integral para atender as reais necessidades do cliente, principalmente porque está presente junto ao usuário e, assim, detecta com mais prontidão as necessidades apresentadas (NEGREIROS, 2017).

A avaliação holística das necessidades de cada paciente, o planejamento do cuidado individualizado e o incentivo ao auto cuidado, são pontos positivos para a adesão dos homens com afecções prostáticas ao tratamento e suas nuances, tornado-lhe sujeito ativo no processo saúde doença, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida ao longo do percurso de convalescença, além de contemplar as diretrizes preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (COELHO et al., 2018).

É de grande relevância que os pacientes submetidos a cirurgia de prostatectomia, recebam informações claras e congruentes em relação às etapas do tratamento, assimilar o processo de recuperação cirúrgica e as possíveis complicações do procedimento facilita a aceitação do

tratamento a fim de corroborar com a recuperação mais rapidamente, internações prolongadas repercute negativamente na segurança do paciente, do ponto de vista social e psicológico (PELOSO-CARVALHO et al., 2021).

O preparo emocional é indispensável ao profissional de enfermagem, a fim de oferecer a melhor assistência possível durante todo o processo de cuidado, pois o profissional de enfermagem vivencia situações que podem despertar sentimentos que provocam desgaste emocional e físico, em especial quando na atuação em setores oncológicos, estando mais sujeito ao sofrimento no trabalho (BUBOLZ, et al., 2019).

Para garantir a segurança do paciente e melhorar a assistência à saúde é prudente que a equipe de enfermagem formule um plano de cuidado no perioperatório, a fim de garantir ao paciente menor probabilidade de complicações, dada a importância do processo de enfermagem nos cuidados ao paciente cirúrgico e a necessidade da equipe aderir totalmente às medidas preventivas de complicações (PORTO, 2018).

Diante da complexidade que envolve o processo de reabilitação do homem prostatectomizados, entende-se que a investigação de aspectos associados a cura e a qualidade de vida pós procedimento, envolve uma equipe multiprofissional, destacando o empenho do profissional enfermeiro enquanto assistencialista na definição de intervenções e condutas de enfermagem, e na criação de um plano assistencial, que atenda às necessidades humanas básicas de cada paciente, respeitando sua individualidade, as nuances do tratamento e sua evolução na prestação de cuidados de Enfermagem consolidados num processo de relação de ajuda, tornado o indivíduo protagonista do processo (KOCACAL; KARADAG, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto é possível observar que o cliente submetido a prostatectomia está vulnerável à disfunção erétil, incontinência urinária, formação de coágulos que podem obstruir o catéter, distender a cápsula prostática e provocar hemorragia, além da formação de fístulas e da labilidade emocional que o envolve.

Observa-se que o paciente idoso apresenta peculiaridades na assistência prestada, sendo necessária uma assistência individualizada e sistematizada, no caso estudado além do processo de envelhecimento, o procedimento cirúrgico impôs limitações ao cliente, sendo sua condição agravada pelas complicações pós operatória, gerando além dos distúrbios físicos os psíquicos. As complicações pós-operatórias não necessariamente condenam o paciente a um prognóstico ruim, elas podem ser resolvidas e através da assistência adequada o quadro de saúde do cliente pode ser restabelecido.

Em vista do exposto ficou evidente a necessidade da sistematização da assistência de enfermagem no processo de trabalho, garantindo a assistência holística e individualizada, com intuito de atender as necessidades do cliente, prevenir as complicações pós-operatórias e sanar as complicações já instaladas.

A importância de trabalhos que exponham a prática vivenciada no âmbito hospitalar é necessária para o direcionamento e relação efetiva da teoria evidenciada nos centros de ensino à prática vivenciada no âmbito hospitalar, promovendo reflexão da prática implantada no âmbito hospitalar, na assistência ao cuidado de enfermagem relacionado ao idoso.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de vivenciarmos diariamente experiências tão ricas em nosso cotidianos de trabalho e podermos colaborar com a recuperação da saúde dos que precisam dos nossos serviços através do nosso trabalho. A todos que colaboraram direta ou indiretamente na elaboração deste escrito. Ao cliente fonte da nossa pesquisa e seus familiares, pela oportunidade de prestar assistência e construir este artigo baseado em sua trajetória de sucesso ao vencer uma complicação pós operatória. Aos colegas de trabalho, a coordenação do setor e a gestão da instituição por todo incentivo e compreensão na construção dessa produção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html. Acesso em: 29/08/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BUBOLZ, Betânia Kohler et al. Percepções dos Profissionais da Enfermagem a Respeito do Sofrimento e das Estratégias de Enfrentamento na Oncologia. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 3, p. 599-606, 2019. Disponível em: 6596-Texto do Artigo-41611-2-10-20190402 (4).pdf. Acesso em: 09/08/2021.

COELHO, Elza Berger Salema et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. In: **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. 66-66, 2018. disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-40848>. Acesso em: 12/09/2021.

DE MELO MACIEL, Carlos Vaz et al. Prostatectomia Radical Laparoscópica: Influência do Fio Barbado na Anastomose Vesico Uretral. **CEP**, v. 30140, p. 062, 2018. Disponível em: V4F12D17 (6).indd (urominas.com). Acesso em: 08/09/2021.

DOS SANTOS QUIJADA, Patrícia Daniela et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer de próstata. **Revista Cuidarte**, v. 8, n. 3, p. 1826-1838, 2017. Disponível em: Dialnet-QualidadeDeVidaRelacionadaASau deDePacientesComCanc-6304789 (3).pdf. Acesso em: 12/05/2021.

KOCACAL, E.; KARADAG, E. Diagnósticos de Enfermagem e intervenções NIC em adultos do sexo masculino que passaram por prostatectomia radical. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 54, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/xC6hXkcVyCMPDKzyqF9WpwR/abstract/?lang=en>>. Acessado em: 29/09/2021

KRÜGER, F. P. G.; CAVALCANTI, G. Conhecimento e Atitudes sobre o Câncer de Próstata no Brasil: Revisão Integrativa. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 64, n. 4, p. 561-567, 31 dez. 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/206>. Acesso em: 06/09/2021.

LOPES, Tainá Vaz Laviola et al. Assistência de enfermagem ao paciente acometido com infecção do trato urinário por uso de sonda vesical de

demora: uma revisão de literatura. **REVISTA DE TRABALHOS ACADÊMICOS UNIVERSO-SÃO GONÇALO**, v. 3, n. 5, p. 236-261, 2018. Disponível em: http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=2TRABALHOSACADEMICO-SAOGONCA_LO2&page=article&op=view&path%5B%5D=6717. Acesso em: 06/09/2021.

GABRIEL, Ana Julia Colaço. **Complicações em doentes com hiperplasia benigna da próstata submetidos a prostatectomia transvesical**. 2021. Tese de Doutorado. Disponível em: [Ana Gabriel.pdf \(ipb.pt\)](#). Acesso em: 18/09/2021.

GOMES, Thaís Costa et al. Desfechos cirúrgicos e complicações de laparoscopias ginecológicas em hospital universitário brasileiro no período de 2014 a 2016. 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/38669>. Acesso em: 30/08/2021.

IZIDORO, Lívia Cristina de Resende et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores psicossociais após prostatectomia radical. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 169-177, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cBfBXszs5pHkrKKfJGRqNng/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02/09/2021

Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-prostata>. Acesso em: 29/08/2021.

JACOBSEN, André et al. Complicações anastomóticas após laparoscopia assistida por robô e prostatectomia radical aberta. **Scandinavian journal of urology**, v. 50, n. 4, pp. 274-279, 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/21681805.2016.1145735>. Acesso em: 18/09/2021.

MIRANDA, Manoel Vieira de et al. Enfermagem de prática avançada: uma possibilidade para a Atenção Básica à Saúde?. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 716-721, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/G7DdtWrzJfLnjFMXF7DT93L/abstract/?lang=en&format=html&stop=next>. Acesso em: 19/09/2021

MASSA, Danielle Campos et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes submetidos à prostatectomia. 2018. Disponível em: [Dissert Danielle C Massa.pdf](#). Acesso em: 16/09/2021.

MARTA, Luciana Regina Ferreira da et al. Prevalência e gravidade da incontinência pós- prostatectomia radical: diferentes instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B3C8Dqj7nzPn6c58xx5pzvB/abstract/?lang=en>. Acesso em 29/08/2021

MATOS, Carlos José Oliveira et al. A influência da frequência respiratória sobre os gases sanguíneos arteriais no pós-operatório imediato de laparotomia exploradora por trauma abdominal. **Cardiorespiratory Physiotherapy, Critical Care and Rehabilitation**, v. 4, n. 2, p. 53-63, 2019. Disponível em: <https://www.cpcrjournal.org/article/5de029240e88255b724ce1d5>. Acesso em: 19/09/2021

MATOS, Matheus Willian Paula et al. ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA RECUPERAÇÃO DE PACIENTES EM PÓS-OPERATÓRIO DE PROSTATECTOMIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. **Revista Gestão e Saúde**, v.1, p.25-32, 2017. Disponível em: <file86e0c43d4d9b94982e8cc82636a7bf24.pdf> (herrero.com.br). Acesso em:13/09/2021.

MARTA, Luciana Regina Ferreira da et al. Prevalência e níveis de gravidade de incontinência urinária pós-prostatectomia radical: diferentes instrumentos de avaliação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/B3C8Dqj7nzPn6c58xx5pzvB/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 14/09/2021.

NEGREIROS, Francisca Diana da Silva et al. Percepção da equipe multiprofissional sobre as competências do enfermeiro no transplante hepático. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 242-248, 2017. Disponível em: REBEN_70-2_POR.indd (scielo.br). Acesso em 19/09/2021.

PLOSO-CARVALHO, Bianca et al. Evidências de cuidado do enfermeiro aos homens com câncer de próstata: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 11, 2021. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3894>. Acesso 28/08/2021.

PEREIRA, Ana Camila. Estudo comparativo da eficácia do dreno de Blake e cateter Tenckhoff na diálise peritoneal em coelhos (*Oryctolagus cuniculus*) hípidos. 2021. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/204703>. Acesso em 17/09/2021.

PORTO, Alana Oliveira; DE MATOS LEAL, Carla Bianca; FERREIRA, Ricardo Bruno Santos. Processo de Enfermagem Aplicado ao Paciente com Infecção de Sítio Cirúrgico Pós- Prostatectomia: relato de experiência. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, v. 4, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/7215>. Acesso em:19/09/2021

ROMANZINI, A. E. et al. Preditores de bem-estar e qualidade de vida em homens submetidos à prostatectomia radical: estudo longitudinal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DS9LpbhjGF7vqYYfDWZ8Phs/abstract/?lang=es>. Acesso em: 28/08/2021.

SARRIS, Andrey Biff et al. Câncer de próstata: uma breve revisão atualizada. **Visão Acadêmica**, v. 19, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/57304>. Acesso em 27/08/2021.

SERAFIM, Daiane Pereira; CARDOZO, Lacir Marli Wagner; SCHUMACHER, Beatriz. Homens com diagnóstico de câncer de próstata: enfrentamentos e adaptações. **Revista de Atenção à Saúde (ISSN 2359-4330)**, v. 15, n. 52, p. 29-37, 2017. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4438. Acesso em: 06/09/2021.

SOUZA, A. Assistência de enfermagem relacionada aos cateteres periféricos em idosos: visão de enfermagem. **J Health Sci Inst.**, v. 31, n. 4, p. 373-377, 2013. Disponível em: 12642 (brazilianjournals.com). Acesso em: 12/09/2021.

STRUGAVA, L. et al. Sondagem da pelve renal guiada por cistoscopia em éguas. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 70, p. 1483-1488, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/y/abmv-z/a/MCDS8HJ4n6RTb4YzTD59Pjp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 22/08/2021.

RÓS, A et al. Terapia intravenosa em idosos hospitalizados: Avaliação de Cuidados. **Cogitare Enferm**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: TERAPIA INTRAVENOSA EM IDOSOS HOSPITALIZADOS: AVALIAÇÃO DE CUIDADOS | Rós | Cogitare Enfermagem (ufpr.br). Acesso em: 28/08/2021.

ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E SEUS ENTRAVES

CLENISE LILIANE SCHMIDT

Doutorando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde do Universidade Comunitária da Região de Chapecó, UNOCHAPECÓ, Docente do Curso de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná – IFPR, Campus Palmas, clenise.schmidt@ifpr.edu.br;

DIONARA GUARDA

Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná – IFPR, Campus Palmas, dionaraguarda@gmail.com;

CÁSSIA LARA FRANKOWIA

Graduanda do Curso de Enfermagem do Instituto Federal do Paraná – IFPR, Campus Palmas, cfrankowia@gmail.com.

RESUMO

O Brasil tem presenciado uma mudança demográfica que vem refletindo em um progressivo aumento na proporção de idosos na população geral e a mesma tendência tem se aplicado nos ambientes prisionais. O Estatuto do Idoso e a Política Nacional da Pessoa Idosa foram criadas com intuito de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, permitindo o envelhecimento saudável e digno. Porém esses direitos nem sempre são garantidos à população idosa privada de liberdade, deixando-os duplamente vulneráveis. O objetivo deste trabalho é descrever o perfil de idosos que integram o sistema prisional brasileiro, bem como os desafios de envelhecer no cárcere no Brasil. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, com dados secundários coletados a partir do Sistema de Informação do Departamento Penitenciário Nacional. Observa-se um predomínio importante do sexo masculino entre as PPL de todas as faixas etárias, incluindo os idosos. As pessoas com mais de 60 anos representam 1,26% dos presos. Entre os indivíduos já sentenciados, 53,08% dos homens e 46,35% das mulheres têm tempo de pena superior a 8 anos. Evidenciou-se que 2,16% dos encarcerados sentenciados apresentam HIV, 1,97% Tuberculose, 1,26% Sífilis e 0,66% algum tipo de Hepatite. Entre as mortes registradas no período analisado, aquelas motivadas por doenças representam a maior fatia para ambos os sexos. Considera-se imprescindível a análise de diferentes aspectos que impactam no envelhecimento dentro do cárcere para que as políticas públicas sejam implementadas visando a garantia dos direitos previstos na Lei de Execução Penal.

Palavras-chave: População Privada de Liberdade; Idoso; Envelhecimento; Sistema Prisional.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado uma mudança demográfica mediante o declínio nas taxas de fecundidade e aumento da longevidade (FARIAS; SOUZA; SANTOS, 2019). Sabe-se que o envelhecimento populacional tem estreita ligação não apenas com os processos de transição demográfica como também de transição epidemiológica. O cenário atual observado no Brasil e no mundo é o aumento da expectativa de vida da população e, com isso, um progressivo aumento da proporção de idosos. Essa realidade é fruto da melhoria das condições sociais e econômicas e resulta em alterações nos indicadores de mortalidade, sendo as principais causas de morte as doenças típicas do envelhecimento (OLIVEIRA, 2019).

Esse processo acelerado de envelhecimento demográfico apresenta importantes implicações para indivíduos, famílias e sociedade. Segundo o IBGE (2015), a população idosa tende a apresentar taxas de crescimento de mais de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. Além disso, a população com 60 anos ou mais de idade passou de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Com a longevidade aumentando continuamente, há uma maior pressão demográfica para que as políticas sociais sejam direcionadas para os adultos e, principalmente, para os idosos (IBGE, 2015).

Diante desse contexto, é importante considerar as necessidades das pessoas idosas para o planejamento de políticas públicas que subsidiem as distintas necessidades provenientes deste estrato populacional. Entretanto, as necessidades são muito peculiares e específicas para os diferentes grupos que integram a população com mais de 60 anos. Destarte, os grupos mais fragilizados e discriminados devem ser incluídos no planejamento de programas e políticas públicas, de forma que o envelhecimento possa ser pensado diante das suas diferentes nuances.

O Estatuto do Idoso, criado a partir da Lei nº 10.741/2003 prevê no Art. 9º, a obrigação do Estado em garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o envelhecimento saudável e em condições de dignidade, contribuindo para que todos os idosos sejam assistidos de forma integral (BRASIL, 2013).

Apesar do Estatuto do Idoso ser considerado um importante marco na garantia dos direitos da população idosa, a atenção à saúde voltada ao envelhecimento era considerada insatisfatória nos anos subsequentes a sua criação. Na intenção de avançar em direção aos princípios de equidade e universalidade do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa no ano de 2006, através da Portaria 2.538 de fevereiro. A finalidade primordial dessa política é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim (BRASIL, 2006).

Embora a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tenha sido criada, sabe-se que questões relacionadas ao estigma e preconceito de alguns estratos da população dificultam a implementação das ações de saúde coerentes com a realidade de cada grupo, resultando em práticas pouco efetivas diante das necessidades apresentadas pelos indivíduos.

Neste sentido, as pessoas privadas de liberdade (PPL) integram um grupo de importante vulnerabilidade em saúde, devido à posição que ocupam na sociedade, reclusas em unidades prisionais, em condições desfavoráveis de habitação, salubridade e acesso a ações de saúde, bens e serviços, além da discriminação que sofrem (CARVALHO, 2017; SOARES FILHO, BUENO, 2016).

O crescente número de idosos encarcerados ao longo dos anos demanda a necessidade de repensar o ambiente prisional brasileiro, visto que trata-se de um local ultrapassado, punitivo e desumano para todas as idades. Considerando que na velhice a saúde torna-se mais frágil, o ambiente prisional deveria ser planejado com a finalidade de atender as demandas dessa população. (CAVALCANTI et al., 2020; CORRÊA, FRANCISCO, 2019).

Apesar dos idosos terem recebido nos últimos anos atenção em relação à proteção e garantia de direitos, principalmente após serem identificados como potencial grupo consumidor, os mesmos direitos e garantias não alcançaram os âmbitos criminais. As leis penais e de execução criminal assim como as políticas públicas penitenciárias são omissas à realidade do envelhecimento prisional. Sendo assim, a prisão de idosos caracteriza-se como duplo fator de vulnerabilidade (GHIGGI, 2019, p. 13).

A vulnerabilidade dos idosos privados de liberdade potencializa-se por vários aspectos, como a ausência de visitas, não oferta de trabalho prisional adequado, estrutura prisional não adaptada ao corpo idoso, dificuldades com a dinâmica prisional, expectativa de retorno ao mercado de trabalho após o término de cumprimento de pena, entre outros (GHIGGI, 2019).

Idosos encarcerados estão mais sensíveis à aspectos de saúde mental e o desenvolvimento ou agravamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), comuns a este grupo etário. A vivência em ambientes degradantes das prisões associados a um estilo de vida não saudável pode proporcionar o agravamento das condições de saúde e um envelhecimento patológico e não senescente aos indivíduos idosos (SANTOS, 2018).

Apesar da implementação da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, pelo Ministério da Saúde, em 2014, Vilela, Dias e Sampaio (2021) relatam que o sistema penitenciário brasileiro, nas condições atuais, não tem possibilidade de oferecer adaptações às demandas dos idosos encarcerados, visto que a superlotação das unidades prisionais leva à carência de insumos indispensáveis para as mínimas condições de sobrevivência, como higiene, saúde, alimentação, entre outros.

O modo ainda preconceituoso com que o envelhecimento é lidado pode estar relacionado à dificuldade que as pessoas têm de enxergarem-se no futuro como pessoas idosas, com as peculiaridades inerentes ao envelhecimento, acarretando no esquecimento dos idosos em diversos âmbitos, dentre eles o das políticas penitenciárias (GHIGGI, 2020).

Apesar da relevância desse tema, ainda há poucos estudos que abordam sobre o envelhecimento da população idosa privada de liberdade e a aplicabilidade das políticas públicas voltadas para essa população. Fica evidente a necessidade de compreender as necessidades da população idosa que vive encarcerada para que as ações de saúde possam ser planejadas e implementadas nesse cenário, especialmente se considerarmos a superlotação do sistema prisional e o aumento na proporção de idosos entre as pessoas privadas de liberdade (PPL).

O Brasil ainda caminha a passos lentos em relação às questões do envelhecimento, sendo que muitos aspectos desse tema precisam ser trabalhados. Percebe-se a carência de estudos na área principalmente nas questões de: diferentes tipos de velhice; diferenças sociais e culturais; relação do idoso com a família e comunidade; idosos e trabalho; e idosos na privação de liberdade. (CORRÊA, FRANCISCO, 2019).

Diante dessa realidade é fundamental compreender como os condicionantes do sistema prisional interferem durante o processo de envelhecimento da população privada de liberdade relacionando com as políticas públicas em saúde existentes para este grupo. Para tanto, o objetivo deste trabalho é descrever o perfil de idosos que integram o sistema prisional brasileiro, bem como os desafios de envelhecer no cárcere no Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, com dados secundários coletados a partir do Sistema de Informação do Departamento Penitenciário Nacional (SISDEPEN).

Os dados coletados referem-se ao período de janeiro a junho de 2020, da população privada de liberdade de todo território nacional, com informações relativas a idade, sexo, regime e tempo de pena. Foram levantadas ainda informações relativas às equipes, serviços de saúde e ações desenvolvidas junto à população carcerária, bem como possíveis necessidades ou problemas de saúde mensuráveis através do SISDEPEN.

Os dados foram apresentados em frequências absolutas e relativas, analisados e discutidos com base nas legislações e políticas vigentes.

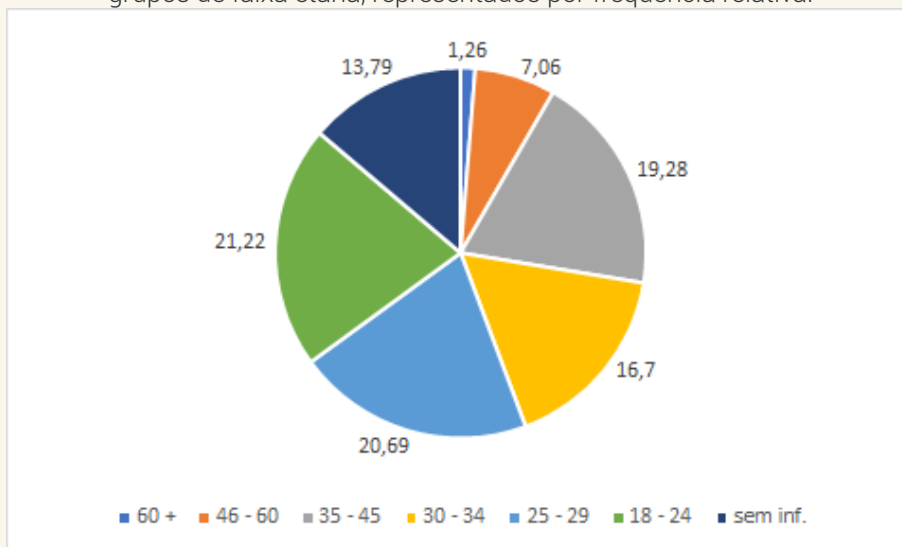
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo os dados levantados pelo SISDEPEN, até junho de 2020 a população privada de liberdade brasileira era de 753.966 indivíduos. Deste montante, 4,9% constituíam-se de mulheres e 95,1% de homens.

Quanto ao regime prisional, 49,1% estavam em sistema fechado, 14,5% em sistema semiaberto, 6,2% em sistema aberto, 0,4% em medida de segurança e 29,8% em medida provisória.

Em relação à distribuição por faixa etária das pessoas privadas de liberdade, o Gráfico 1 apresenta as informações relativas a cada grupo.

Gráfico 1. Distribuição das pessoas privadas de liberdade até junho de 2020 por grupos de faixa etária, representados por frequência relativa:



Fonte: elaborado pelas autoras a partir dos dados do SISDEPEN.

Apesar da população privada de liberdade com mais de 60 anos representar um pouco mais de 1% do total de presos, há de se considerar alguns aspectos importantes: 1. ainda que o percentual de 1,26% seja pouco expressivo ele representa 9.489 pessoas idosas a nível cronológico dentro do sistema prisional; 2. há 103.975 pessoas privadas de liberdade sem informações quanto à idade no SISDEPEN, o que representa 13,79% do total de presos, entre as quais não se sabe a representação dos idosos; 3. outro fator relevante está atrelado ao tempo de pena que cada uma das pessoas com menos de 60 anos irá cumprir dentro do sistema prisional, visto que parte delas poderá atingir os 60 anos integrando o sistema.

Além disso, se considerarmos o histórico de presos com idade igual ou superior a 60 anos entre a população carcerária brasileira, é evidente que esta faixa etária vem sendo cada vez mais expressiva. Segundo Ghiggi e Neto (2016), em 2008 os idosos representavam 0,73% da população privada de liberdade, passando para 0,94% em 2011.

Segundo os mesmos autores, as prisões representam um microcosmo da sociedade, motivo pelo qual a população idosa tem aumentado com o passar dos anos também dentro do sistema prisional.

Essa realidade requer a compreensão dos fatores que influenciam negativamente o processo de envelhecimento dentro do sistema prisional, de forma que as necessidades da população privada de liberdade sejam atendidas e a Lei de Execução Penal seja garantida.

Conforme Ghiggi e Neto (2016) é fácil estabelecer uma relação entre os problemas de saúde dos presos uma vez que se conhece a estrutura do sistema prisional brasileiro, que não oferece condições mínimas de acomodação e higiene.

Diante dessa realidade é fundamental compreender como os condicionantes do sistema prisional interferem durante o processo de envelhecimento da população privada de liberdade a fim de propor ações que minimizem os danos e garantam os direitos previstos na Lei de Execução Penal. Isso porque algumas características do envelhecimento tendem a se tornar mais acentuadas no indivíduo preso do que naquele que goza de liberdade.

Ghiggi e Neto (2016) apontam que muitos presídios oferecem o mínimo do que é constitucionalmente previsto em relação aos cuidados com a saúde, condições de vida e higiene. Essa situação acaba por gerar mais gastos a longo prazo, além de influenciar negativamente nas condições de envelhecimento do indivíduo apenado.

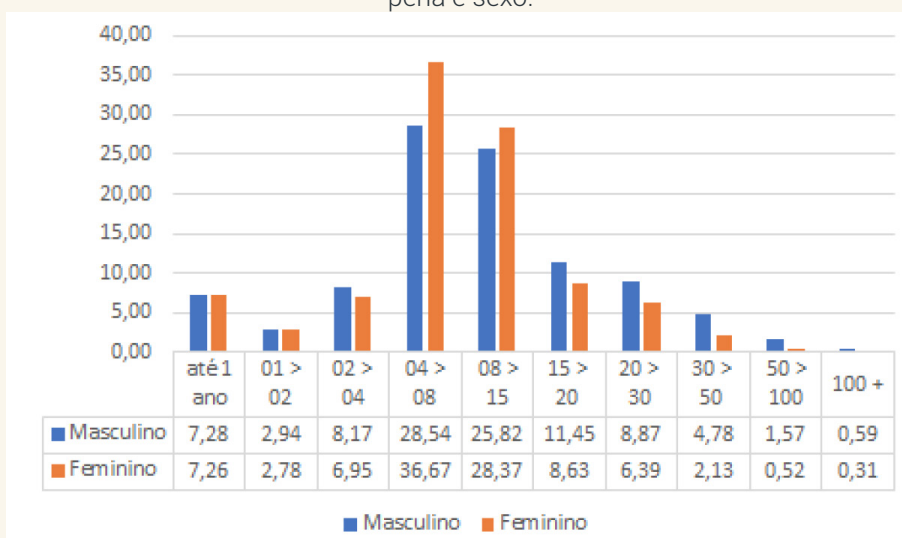
De acordo com Wacheleski (2015), o envelhecimento é caracterizado pelo aumento gradual das perdas evolutivas, gerando aumento da vulnerabilidade do idoso e o desenvolvimento de necessidades diferenciadas. Nesse sentido, o envelhecimento e a velhice no cárcere são experienciados sob condições particularmente punitivas e violadoras de direitos diferentes daqueles a que a população idosa em geral pode ter acesso, mesmo sendo um acesso precário. Em razão disso entende-se que o encarceramento de idosos é marcado por diversas vulnerabilidades, como a social e histórica experimentada antes do cárcere; a vulnerabilidade das perdas evolutivas e a vulnerabilidade gerada pelo sistema prisional a que são submetidos (WACHELESKI, 2015).

Cabe reforçar que o sistema prisional é compreendido como um ambiente insalubre para os idosos, sobretudo pela existência das

condições agravantes inerentes ao encarceramento, tais como: desvalorização social, ausência do convívio familiar, dificuldade no exercício de atividade laboral, conflitos que permeiam a convivência intergeracional e as condições degradantes das unidades prisionais. Acrescentam-se, a isso, as incapacidades próprias do envelhecer que inevitavelmente atingem idosos encarcerados e, por vezes, são potencializadas pelo encarceramento, resultando em uma maior necessidade de promoção e proteção à saúde. (OLIVEIRA, COSTA, MEDEIROS, 2013).

Nessa perspectiva, é possível identificar que além dos idosos que integram o sistema prisional, o Gráfico 1 aponta uma fatia de 7,06% de presos com idade entre 46 e 60 anos incompletos, muitos dos quais poderão vivenciar o processo de envelhecimento dentro do cárcere a depender do tempo de pena que cumprirão. Entre os presos já sentenciados, identificou-se que 8,99% das mulheres (2.744) e 12,08% dos homens (86.640) têm mais de 15 anos de pena a cumprir, contribuindo para a análise exposta anteriormente. O Gráfico 2 possibilita a análise mais apurada do tempo de pena das pessoas privadas de liberdade já sentenciadas, apesar de não ser possível estratificar por grupo etário tais informações.

Gráfico 2: Frequência relativa (%) das pessoas privadas de liberdade por tempo de pena e sexo:



Fonte: elaborado pelas autoras a partir dos dados do SISDEPEN.

Diante dos dados apresentados, é possível identificar que entre as PPL já sentenciadas, 53,08% dos homens e 46,35% das mulheres têm tempo de pena superior a 8 anos. Essa informação, quando analisada de maneira conjunta com a idade do detento, viabiliza a implementação das ações com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades e garantir o cumprimento da Lei de Execução Penal.

Vale salientar que há um número significativo de pessoas privadas de liberdade que ainda não foram julgadas, as quais representam aproximadamente um terço da população carcerária no país. Esse dado é assustador, especialmente quando se fala em planejamento de políticas públicas que subsidiem ações voltadas a essa população. Isso porque para o planejamento e a implementação das ações é imprescindível acesso a dados/informações das PPL, para levantamento das necessidades do grupo.

Ao analisarmos os dados disponíveis no SISDEPEN no que se refere às patologias das PPL, observa-se que as informações disponíveis se referem apenas aos detentos das unidades prisionais. Neste sentido, interfere negativamente na análise dos problemas de saúde reais do montante de pessoas que integram o sistema prisional e no planejamento de ações que podem minimizar os danos a partir dos agravos.

Evidenciou-se nesse contexto, 7.469 (2,16%) casos de HIV, 6.794 (1,97%) de Tuberculose, 4.362 (1,26%) de Sífilis e 2.292 (0,66%) casos de Hepatites. A proporção se refere a ambos os sexos, de todas as faixas etárias, considerando o montante de indivíduos das unidades prisionais do país.

Segundo dados coletados por Carvalho et al. (2020) e pela Prison Insider (2021), as necessidades básicas de saúde, bem-estar e segurança são insuficientemente atendidas na grande maioria dos presídios. Com isso, doenças que se propagam facilmente diante da falta de medidas de higiene acabam sendo mais frequentes nas pessoas privadas de liberdade. Akiyama et al. (2020) apontam que a prevalência de doenças infecciosas, como HIV e Hepatite C é expressiva, além de que o risco de desenvolver Tuberculose é 30 vezes maior para um presidiário do que para a população em geral. Ainda, cabe ressaltar que 17% dos óbitos das PPL são ocasionados por doenças infecciosas (MABUD et. al, 2019).

Essa situação claramente impossibilita a garantia dos direitos básicos da população privada de liberdade, especialmente no que se refere às condições sanitárias do ambiente prisional. Um estudo realizado por Miranda (2015) aponta a inexistência de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral no sistema prisional brasileiro, conforme os pressupostos da Atenção Básica do SUS, fato esse preocupante diante da grande demanda de doenças infecciosas presentes nesta população.

Não foi possível identificar a representatividade das doenças crônicas entre as PPL, uma vez que estas informações não estão disponíveis no banco de dados aberto do SISDEPEN. Além de que não se tem um panorama de quais seriam as doenças de maior impacto para os serviços de saúde prisionais, bem como de possíveis complicações já instaladas. Em relação aos idosos, não há informações quanto a presença de fragilidades/incapacidades próprias do envelhecimento, dificultando avaliar a dimensão do problema que o idoso encarcerado representa.

Segundo Santos (2018) existem aspectos de saúde que são mais sensíveis ao idoso encarcerado, além do agravamento das patologias que ocorrem devido ao ambiente prisional somado ao estilo de vida não saudável, ocasionando um envelhecimento patológico e não senescente. Isso remete a compreensão de que o idoso privado de liberdade vivencia o processo de envelhecimento e seus reflexos num período cronológico que antecede os 60 anos.

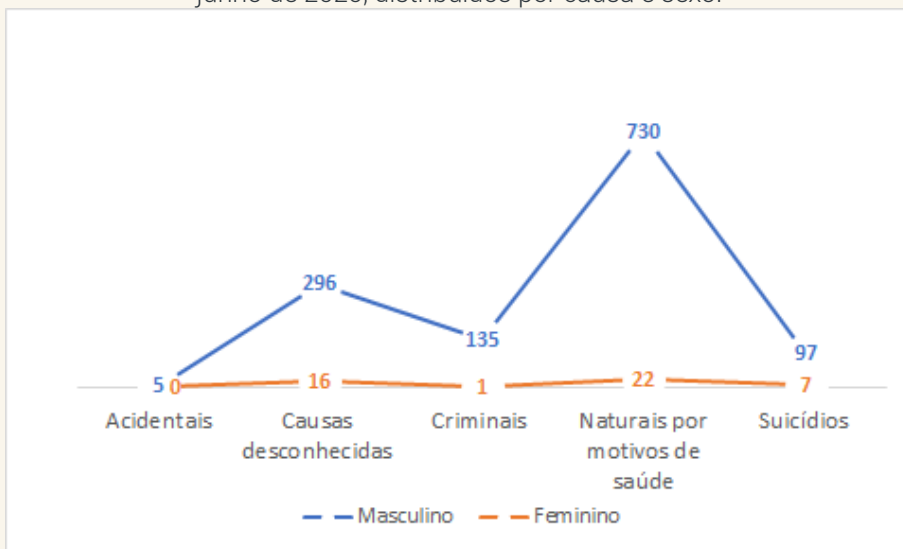
Santos (2018) afirma que muitas vezes os indivíduos ingressam no sistema prisional com problemas pré-existentes que podem ter sido causados por negligência de cuidados com a saúde, maus tratos ou pelo estilo de vida adotado durante a vida. Muitos apresentam doenças não-tratadas, vícios e problemas de saúde mental, as quais podem ser adversamente afetadas em função do encarceramento.

No caso dos idosos, a categorização desses indivíduos ocupa um posicionamento desfavorável não somente pelo estigma adquirido a partir da prisão, mas soma-se a ele o fato de sujeito velho, potencializando ainda mais a discriminação e segregação social. Destarte, o sistema prisional não só desempenha a função de isolar socialmente quem é considerado transgressor da lei, mas também um espaço de desconstrução e reformulação de identidades, que pode se configurar

em mais uma forma de violência e impactar negativamente nos condicionantes de saúde desse grupo (SANTOS, 2018).

Se analisarmos as causas de óbitos da população privada de liberdade no período estudado, destacam-se as causas “naturais por motivos de doença”, que representaram 57,8% dos óbitos entre os homens e 47,8% entre as mulheres. O Gráfico 3 aponta a distribuição dos óbitos do período por sexo e causa.

Gráfico 3: Óbitos entre a população privada de liberdade no período de janeiro a junho de 2020, distribuídos por causa e sexo.



Fonte: elaborado pelas autoras a partir dos dados do SISDEPEN.

A partir do Gráfico 3 é possível constatar a representatividade que os problemas de saúde têm na distribuição das causas de óbitos da população privada de liberdade.

Apesar dos dados apresentados não se tratarem exclusivamente de idosos, percebe-se a dimensão do problema que o envelhecimento dentro do sistema prisional representa a nível de saúde. A presença de doenças demanda cuidados, gastos, por vezes limitações, além da diminuição da qualidade de vida do indivíduo.

Ghiggi e Neto (2016) afirmam que os idosos são responsáveis por altos custos econômicos quando encarcerados, havendo uma importante desproporção entre os gastos com presos idosos e presos

jovens. Esses altos gastos com a saúde dos presos idosos se explicam porque no sistema prisional é oferecido o mínimo constitucionalmente previsto, gerando a médio e longo prazo ainda mais custos por falta de investimentos em medidas de promoção e prevenção à saúde (GHIGGI, NETO, 2016). Outra justificativa está atrelada à carência de infraestrutura para atender as demandas de saúde da PPL, sendo necessário o deslocamento para outros serviços, onerando ainda mais os cofres públicos.

Lima et al. (2020) apontam que a PPL idosa vive uma importante desassistência em saúde, além da invisibilidade das necessidades existentes nesse contexto.

É comum, principalmente no cárcere, o idoso apresentar deterioração, a ponto de regredir psicologicamente a níveis infantis, não ter motivação e nem estímulos para reabilitação e convívio social. Isso é agravado devido à estrutura econômica em que o país está inserido onde há uma visão negativa sobre o envelhecimento. Esses fatores contribuem para que o idoso, principalmente aquele em situação de reclusão, sintam-se desanimado, desvalorizado, inseguro e com sentimentos de auto discriminação. (CORRÊA & FRANCISCO, 2019). Lima et al. (2020) corroboram ao apontar que os problemas de saúde mais incidentes em idosos encarcerados estão relacionados às alterações mentais, psicossociais, emocionais e funcionais.

O problema do idoso encarcerado envolve diferentes aspectos, sendo extremamente complexo e remete a necessidade de amplas e constantes discussões na perspectiva de implementar políticas públicas específicas e efetivas (LIMA et al., 2020).

Uma pesquisa realizada por Lopes *et al* (2021) evidenciou que os idosos encarcerados alimentam a esperança de recomeçarem uma nova vida junto aos familiares após o cumprimento da pena. Conforme os resultados dessa pesquisa, os idosos tem cuidado mais da saúde visando uma melhor qualidade de vida em liberdade, contando com o apoio dos familiares e fortalecendo-se emocionalmente por meio da religiosidade iniciada dentro do sistema prisional. Esses dados indicam a importância do tratamento digno aos idosos encarcerados, assim como, a relevância de programas de reinserção social após cumprimento da pena, haja vista que mesmo na velhice e privados de liberdade essas pessoas ainda sonham e planejam a continuidade de seus projetos de vida (LOPES et al., 2021).

Em relação à estrutura física do sistema prisional, a Tabela 1 apresenta a organização dos serviços de saúde disponíveis para as PPL. Além dos descritos na tabela existem ainda os espaços não contabilizados como sala de esterilização, sanitários, depósitos de materiais, entre outros.

Tabela 1. Estrutura física disponível no sistema prisional brasileiro, 2020

Estrutura física	Frequência absoluta (n)
Consultórios médicos	1.042
Consultórios odontológicos	766
Sala de Atendimento Clínico Multiprofissional	807
Sala de Coleta de Material de Laboratório	488
Sala de Esterilização	272
Sala de Curativos, Suturas, Vacinas e Posto de Enfermagem	871
Sala de Raio X	33
Sala de Procedimentos	494
Cela de Espera	422
Cela de Enfermaria com Solário	659
Cela de Observação	1.119
Farmácia ou sala de estoque	803
Laboratório de Diagnóstico	13
Solário para pacientes	253
Creches	13
Berçário ou Centro de Referência Materno-Infantil	52
Dormitório ou Cela para gestantes	69

Fonte: elaborado pelas autoras a partir dos dados do SISDEPEN.

Observa-se que o quantitativo de salas de atendimento à saúde da PPL é baixo, se considerada a dimensão do território brasileiro e o número de unidades prisionais distribuídas em cada Unidade Federativa (UF). Neste sentido, é importante avaliar como a estrutura física é utilizada, uma vez que apenas ter disponibilidade de espaço adequado não significa que as ações em saúde sejam efetivamente realizadas e alcancem os resultados esperados.

Faz-se necessário ainda identificar o quantitativo de profissionais da área da saúde inseridos nas unidades prisionais. A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao período de janeiro a junho de 2020.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais que integram os serviços de saúde do sistema prisional brasileiro, 2020.

EQUIPES DE SAÚDE		FREQUÊNCIA ABSOLUTA (n)
Maternidade	Pediatria	7
	Ginecologia	10
	Nutricionista	7
	Cuidadores	3
Odontologia	Dentistas	836
	Técnicos em saúde bucal	399
Enfermagem	Enfermeiros	1.534
	Auxiliares e técnicos	2.603
Medicina	Clínicos Gerais	868
	Psiquiatras	258
	Outras especialidades	71
Outras áreas	Terapeutas ocupacionais	135
	Psicólogos	1.207
TOTAL		7.938

Fonte: elaborado pelas autoras a partir dos dados do SISDEPEN.

Ainda que a população privada de liberdade tenha acesso a serviços de saúde, é relevante e primordial avaliar a qualidade do serviço oferecido, bem como se ele está atendendo as demandas reais deste grupo populacional.

Ghiggi e Neto (2016) consideram que, diante do aumento do número de idosos no sistema prisional, há necessidade de repensar as instalações existentes de forma que possam assegurar tratamento equitativo. As estruturas prisionais não foram arquitetonicamente planejadas para receber idosos, especialmente aqueles com incapacidades cognitivas e funcionais. Além disso, os programas e o processo de trabalho em saúde precisam ser reorganizados, buscando ampliar as ações no âmbito preventivo. Paralelamente, é fundamental pensar na criação de unidades geriátricas para os idosos presos, considerando as fragilidades/incapacidades já instaladas.

Foram levantadas ainda as informações referentes aos procedimentos e tipos de atendimentos realizados no período de janeiro a junho de 2020 para os detentos do sistema fechado. Constatou-se que a média de consultas médicas (internas e externas ao sistema

prisional) foi de 2,00 por detento no período de seis meses. A média de consultas psicológicas por detento para o mesmo período foi de 0,81 e de consulta odontológica foi 0,58. Foram realizados 289.744 exames e testes rápidos, 1.263.024 suturas e/ou curativos e 576.807 vacinas durante o período analisado.

Salienta-se que estes são dados quantitativos, que inviabilizam a análise da efetividade das ações desenvolvidas. Assim, considera-se necessária uma análise mais aprofundada sobre o assunto para que diferentes aspectos sejam levantados, incluindo os resultados alcançados a partir das ações desenvolvidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da população carcerária que vem crescendo nos últimos anos e, em especial, da representatividade dos idosos no sistema prisional que vai muito além dos indivíduos com 60 anos ou mais, observa-se a importância de estudos que identifiquem as necessidades de saúde desse estrato populacional. Nesta perspectiva, este estudo possibilitou a discussão sobre o problema que o envelhecimento da PPL representa à nível de saúde.

Apesar da Lei de Execução Penal, que garante as necessidades básicas da PPL, e das políticas de saúde vigentes, em especial a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade e a Política Nacional do Idoso, que asseguram a implementação de ações no sentido de minimizar os impactos negativos da privação de liberdade e do envelhecimento, observa-se que estas não tem sido suficientemente efetivas diante da superlotação que o sistema prisional brasileiro tem vivenciado.

Cabe ainda considerar que as políticas que visam a proteção à vida e à saúde da pessoa idosa nem sempre são praticadas no cárcere, sendo evidenciado através de estudos que a população idosa encarcerada não tem garantido o direito de envelhecer com saúde e dignidade.

O sistema prisional por si só acarreta implicações irreparáveis na vida dos indivíduos encarcerados, sendo imprescindível conhecer diferentes aspectos que possam degradar ainda mais a saúde multidimensional dessa população. Somente assim é possível intervir com medidas que atenuem os problemas identificados e possibilitem que a

prisão desempenhe o seu papel socioeducativo a partir da reintegração e ressocialização dos indivíduos que tiveram seus direitos garantidos durante o cumprimento da pena.

Como limitações deste estudo identifica-se a falta de informações específicas da população idosa no sistema utilizado, inviabilizando uma discussão mais aprofundada sobre a temática. Além disso, a avaliação da estrutura física dos serviços de saúde prisionais e das ações desenvolvidas pelas equipes não possibilita discorrer sobre os resultados alcançados a nível de saúde da PPL, necessitando novos estudos que incluam diferentes óticas e métodos de análise.

REFERÊNCIAS

AKIYAMA, Mathew. J. et. al Flattening the Curve for Incarcerated Populations - Covid-19 in Jails and Prisons. *N Engl J Med*, v.382, n.1 p. 2075-2077, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006 Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. 2006.

CAVALCANTI, E.W.O. *et al.* **O ENCARCERAMENTO DA VELHICE: SILENCIAMENTO NO CENÁRIO CIENTÍFICO SOBRE A REALIDADE EDUCATIVA DE PESSOAS IDOSAS EM ESPAÇOS DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE**. VII CIEH – Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Envelhecimento baseado em evidências - Tendências e Inovações. Campina Grande- PB, 2020.

CORRÊA, M.A; FRANCISCO, J.C. Para além do encarceramento de idosas: propostas humanizantes e educativas em presídio brasileiro. **Revista Internacional de Ciências Humanas**, 8(1), p. 11-21, 2019.

FARIAS, M.F.R.N.; SOUZA, P.H.V.; SANTOS, V.E.S. O NOVO RETRATO DEMOGRÁFICO DO BRASIL: ANÁLISE ACERCA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS DECORRÊNCIAS ECONÔMICAS. **Rev.Bras.de Direito e Gestão Pública** (Pombal, PB),7(03), 01-11, jul. /set.2019.

GHIGGI, M. P. **Vulnerabilidade etária no cárcere: ausência de reconhecimento do idoso nas políticas públicas penitenciárias brasileiras**. Universidade Católica de Pelotas. Doutorado em Política Social e Direitos Humanos. Pelotas - 2019.

GHIGGI, M.P. Envelhecimento e cárcere: Apontamentos sobre o tratamento do idoso preso em documentos do conselho nacional de política criminal e penitenciária. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 2, p. 9320-9332, feb. 2020.

GHIGGI, M.P.; NETO, A.C. Encarceramento de Idosos e a realidade prisional. In: NETO, A.C. et al. Atualizações em Geriatria e Gerontologia IV: Envelhecimento e Saúde Mental. 1ª edição, Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016, 512p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população.** Organizadores: ERVATTI, L.R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A.P. Rio de Janeiro, 2015.

LOPES, A.M.S., *et al.* Idosos encarcerados: expectativas em relação ao futuro. **Revista Millenium**, v. 2 (15), p: 85-93, 2021.

LIMA, G.M.B. et al. **Envelhecer no Cárcere: desafios e significados à luz da Revisão Integrativa.** VII CIEH – Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Envelhecimento baseado em evidências - Tendências e Inovações. Campina Grande- PB, 2020.

MABUD, Tarube S. et. al. Evaluating strategies for control of tuberculosis in prisons and prevention of spillover into communities: An observational and modeling study from Brazil. **PLoS Med**, v. 16, n. 1, 2019.

MIRANDA, A.E.B. **Análise epidemiológica da situação da saúde na população privada de liberdade no Brasil: dados de bases de informação.** Vitória: Editora da UFES; 2015.

OLIVEIRA, A.S. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde.** 15 (31): 69 - 79, Junho/2019.

OLIVEIRA, L.V.; COSTA, G.M.C.; MEDEIROS, K.K.A.S. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 16, nº 1, p: 139-148, Rio de Janeiro, 2013.

PRISON INSIDER. Prison Insider, le site d'information sur les prisons dans le monde. Brésil: gérer l'incertitude. Disponível em: <https://www.prison-insider.com/articles/brazil-managing-uncertainty>. Acesso em 09/06/2021.

SANTOS, M. O. **Pessoas idosas no sistema prisional: um estudo exploratório a partir do censo penitenciário de 2014, Ceará – Brasil.** [Dissertação]. Universidade de Brasília. Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional. Brasília, 2018. 70 p.

VILELA, D.S.D.; DIAS, C.M.S.B.; SAMPAIO, M.A. Idosos Encarcerados no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. **Contextos Clínicos**, v. 14, n. 1, jan./abr. 2021.

WACHELESKI, N.R. **AS CONFIGURAÇÕES DA SITUAÇÃO DE ENCARCERAMENTO DE IDOSOS EM PORTO ALEGRE/RS**. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. FACULDADE DE SERVIÇO :.Mn.:GR EM SERVIÇO SOCIAL. Porto Alegre 2015.

PERCEPÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE PORTO ALEGRE: CENÁRIO DO TERRITÓRIO DE UM DISTRITO DE SAÚDE¹

ELIANE MATTANA GRIEBLER

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Rio Grande do Sul - UFRGS, eliane.griebler@ufrgs.br;

ANDRÉA KRUGER GONÇALVES

Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Universidade do Rio Grande do Sul - UFRGS, andreakg@ufrgs.br;

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;

RESUMO

Com o aumento crescente de idosos na população há mudanças no contexto social envolvendo estes indivíduos, que podem interferir dentre outras coisas em sua percepção de saúde. O objetivo do estudo foi investigar a percepção de saúde de idosos usuários da atenção básica de saúde em um distrito de Porto Alegre/RS. O estudo foi qualitativo descritivo exploratório e a amostra foi de 10 idosos. Os instrumentos utilizados foram: entrevistas 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 Percepções de saúde, como forma mais aprofundada de análise. Notou -se que ainda há uma confusão quanto à definição dos conceitos de saúde e de doença por esses indivíduos em decorrência da implicação de um conceito antiquado e apoiado no discurso do senso comum. É necessário compreender o contexto em que o idoso está inserido para uma visão mais global acerca do estado de saúde, bem como de sua percepção sobre ele.

Palavras-chave: Envelhecimento; Serviços de saúde para idosos; Sistema único de saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento mundial pode ser considerado um processo progressivo e crescente, em decorrência de diversos avanços científicos, tecnológicos e sociais (PAPALÉO NETTO, 2016). Este processo acarreta diversas modificações morfofuncionais que geram o comportamento sedentário em idosos (ENRIQUEZ-REYNA; BAUTISTA; OROCIO, 2019).

Pesquisas apontam o aumento deste comportamento conforme o avançar da idade, indicando que 47% dos idosos no mundo não praticam o mínimo necessário recomendado para ter benefícios para a saúde (HALLAL et al., 2012). Tal fator é preocupante para a saúde pública, pois a inatividade física está associada ao aumento das principais doenças não transmissíveis ocasionando a redução da expectativa de vida (LEE et al., 2012; KYU et al., 2013). Todavia, mesmo com um grande percentual de comportamento pouco ativo entre a população idosa, a atividade física regular ainda é uma das melhores estratégias para manutenção e melhora da saúde (TOMÁS et al., 2018; PAGAC, 2018).

A saúde, por sua vez, pode ser definida como um completo estado de bem-estar, físico, psicológico e social, levando em consideração fatores emocionais, espirituais, dentre outros, e não apenas a ausência de doença (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). Com a população idosa, especificamente, é essencial que se considere o contexto em que o idoso esteja inserido. Cada vez mais se faz necessário compreender as demandas dos usuários de maneira abrangente garantindo equidade e autonomia na busca pelo serviço (PAIM, 2015).

No Brasil, a organização do sistema de saúde prevê acesso universal aos usuários e a porta de entrada desse usuário muitas vezes se dá pela atenção básica. 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. Para além disto, 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.

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 (FARIA, 2020; DOS SANTOS, 2017). Em Porto Alegre/RS, 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 Estratégias de Saúde da Família (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 Unidades de Saúde da Família (OBSERVA POA, 2021; COORSAÚDE, 2021).

Com o aumento crescente de idosos na população espera-se que haja mudanças no contexto social envolvendo estes indivíduos, que podem interferir dentre outras coisas em sua percepção de saúde. Partindo destes pressupostos, o objetivo deste estudo foi investigar a percepção de saúde de idosos usuários da atenção básica de saúde em um distrito de Porto Alegre.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este estudo se caracteriza como qualitativo, descritivo e exploratório. A pesquisa qualitativa se preocupa com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GERHARDT; SILVEIRA, 2009; GAYA, 2008).

Caracterização da amostra

De acordo com o objetivo do estudo, optou-se por abordar *in loco* 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.

Critérios de inclusão e exclusão

Para a inclusão dos participantes no estudo era necessário atender aos seguintes critérios: ter no mínimo 60 anos de idade no início da pesquisa; se declarar usuário de serviços oferecidos na ESF citados anteriormente no período de 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 mediada 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 adaptou às suas necessidades. Nesses casos foi realizada da mesma forma a entrevista, porém não foi colocado como parte da amostra.

Foram entrevistados idosos de 10 ESF - um em 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 escolhidos foram as entrevistas compreensivas com os idosos, e os diários de campo. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), neste tipo de entrevista escolhida para abordar os idosos usuários destas ESF, o pesquisador organiza um conjunto de questões – em formato de roteiro sobre o tema que está sendo estudado. Porém, o se permite, e às vezes até mesmo se incentiva, que o sujeito entrevistado fale livremente sobre diversos outros assuntos que porventura surjam ao decorrer do processo de entrevista como desdobramentos do tema principal.

As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente pela pesquisadora, no mesmo dia em que cada uma foi realizada.

Análise dos dados

Como instrumento de análise dos dados oriundos das entrevistas e do diário de campo foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), com estabelecimento de categorias a posteriori e semânticas. A análise de conteúdo se caracteriza como sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que tem como objetivo 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.

Bardin (2011) organiza a análise de conteúdo em três fases: a) a pré-análise composta por leitura flutuante, escolha dos documentos, formação das hipóteses e objetivos, análise documental, referenciação dos índices e a elaboração dos indicadores; b) a exploração do material e c) o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação. A exploração do material consiste na etapa mais duradoura desse processo, composta pela etapa da codificação, na qual são feitos recortes em unidades de registro, ou seja, menor recorte de ordem semântica que se liberta do texto, podendo ser uma palavra-chave, objetos ou personagens. Como também em unidades de contexto, que deve fazer compreender as unidades de registro, tal qual a frase para a palavra.

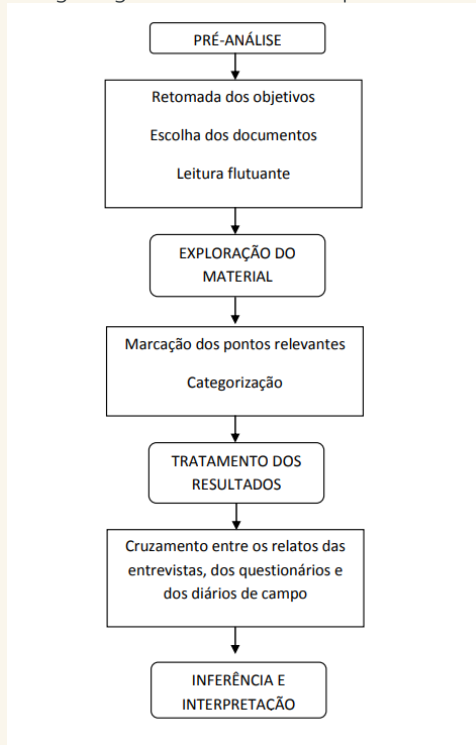
E pela fase de categorização onde requisitos são a exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

A categorização é o agrupamento em razão de caracteres comuns dos elementos (unidade de registro) sob o título geral. Seus critérios podem ser léxicos, expressivos, sintáticos ou como nesse caso semânticos, que se caracterizam por serem agrupados por temas, por exemplo, todos os temas que significam motivação, ficam agrupados na categoria motivação.

Na fase da pré-análise realizou-se a leitura flutuante das respostas das entrevistas com os idosos, seguida da leitura de questão por questão. Após este passo a marcação dos pontos mais relevantes foi feita, só então começou a categorização. Durante a categorização surgiram cruzamentos entre as entrevistas e os relatos dos gestores contidos nos questionários e ambos analisados em conjunto.

Partindo desses pressupostos, a análise do material seguiu a seguinte lógica:

Figura 1 - Organograma referente ao processo de análise



Fonte: Griebler (2016).

Inicialmente emergiram da análise de conteúdo 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 apenas a categoria *Percepções de saúde*, 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 categorias emergentes, neste recorte do estudo a discussão realizada se aprofundou sobre questões referentes à categoria: *Percepções de saúde*. Para tanto, levou-se em consideração os achados das entrevistas, assim como dos diários de campo realizados ao longo da pesquisa em conjunto.

Sentiu-se a necessidade de abordar a percepção do próprio idoso sobre sua saúde e, para tanto, a categoria “Percepções de saúde” surgiu como uma forma de explorar aspectos relacionados a esta percepção. Existem várias maneiras de se abordar esse tema, mesmo sendo tão amplo, especialmente no que diz respeito à população idosa. Optou-se pela discussão dessa categoria a partir dos temas *Percepção geral de saúde*, que tem como enfoque questões referentes ao modo como os idosos percebem seu estado de saúde, e também do tema *Saúde x Doença*, abordando quais os significados atribuídos a cada um desses conceitos.

Os aspectos relacionados à saúde ainda são vistos por muitos deles como um tema distante. Portanto, é necessário aproximar esse tema da realidade desses idosos com exemplos práticos do seu cotidiano. No estudo de Moraes et al., (2016), ao pesquisarem a percepção

dos idosos sobre o saber biomédico, os autores afirmam que o conhecimento médico-científico apropriado pela cultura local tem influência nos modos de pensar e de agir dos idosos participantes do estudo. Em sua discussão, os autores trazem aspectos interessantes sobre os significados atribuídos pelos idosos no formato de categorias pertinentes como a valorização da biomedicina, a culpabilização dos indivíduos, a naturalização das doenças na velhice e os recursos e ações utilizados pelos idosos.

Todos estes temas são relevantes e merecem ser discutidos quando o processo de envelhecimento é posto em pauta, ainda mais em um estudo como este que pretende compreender a percepção dos idosos sobre um determinado assunto. Sendo assim, verificou-se que os idosos participantes deste estudo reproduzem a visão biomédica que associa as doenças e limitações à idade (conotação negativa ao envelhecimento), responsabiliza os próprios idosos pela atual condição de saúde (culpabilização da vítima) e ainda recomenda repouso e resignação diante da velhice.

Nessa perspectiva, o primeiro grande tema discutido nessa categoria foi a Percepção geral de saúde. Justamente por ser um tema tão relevante, é preciso que se tenha um olhar amplo sobre as complexidades que o cercam. Para tanto, ouvir os idosos a respeito de como eles próprios percebem sua saúde é o ponto de partida dessa discussão. Nas falas dos idosos, quando perguntados sobre como percebiam a sua saúde, alguns fizeram referência a aspectos mais vinculados à doença, como, por exemplo, na fala deste entrevistado que diz:

*E003 – “Eu tenho alguns problemas **de saúde bem graves. Por exemplo, eu tenho glaucoma, que eu só descobri, assim, quando tava muito, muito avançado. Então eu tenho dificuldade de enxergar. Eu tenho a visão periférica, né, eu perdi quase toda já. 80% perdida já e tenho problema de coluna, por isso que eu to aqui, né. Eu faço tudo que eu posso pra me manter assim sem remédio pra dor essas coisas. Eu tenho problemas graves, mas eu to conseguindo, com auxílios assim, eu consigo gerenciar. E no resto, colesterol, triglicérides, tudo normal.”***

Percebe-se, neste caso, uma contradição entre as falas do mesmo entrevistado em momentos diferentes, pois, em um primeiro momento,

é relatado que existem diversos problemas de saúde, já em outros momentos ele relata que, de maneira geral, está tudo bem.

E003 – “A minha tá bem!”

E003 – “To acabando de fazer um check-up e tá tudo bem!”

Neste caso, percebe-se como ainda é confuso para o idoso em questão descrever seu estado de saúde e como a sua percepção sobre ele se altera de acordo com o ponto de vista. Por outro lado, outros idosos foram mais generalistas quanto ao seu estado de saúde, não aprofundando a discussão do tema levantado.

E001 – “Tenho alguns problemas (de saúde), mas no geral to bem.”

E010 – “Não eu to bem. Graças a Deus! Não, agora eu to bem. [...] Pra mim tá bom.”

Após esta abordagem sobre a forma como os idosos percebem seu estado de saúde atual de uma maneira mais geral, notou-se que há um tipo de comparação entre os estados atuais e futuros de saúde. Ainda na discussão deste mesmo tema surge uma questão referente à relação entre presente e futuro. Tal percepção foi realizada a partir da reflexão efetuada pelos entrevistados, na qual eles discorreram sobre como estão e como poderiam estar. Partindo dessa ideia de perspectivas para o futuro, os idosos relataram quais são suas expectativas em relação a sua saúde.

E002 – “É, eu quero melhorar! (risos) Não quero ter essas dor ‘nas perna’, que toma remédio, que faz tratamento e opera e fica sempre a mesma coisa quase!”

E009 – “Olha, ela (saúde) já melhorou bastante do que ela era!” Como podemos notar *nas falas relatadas anteriormente, a visão otimista ainda se faz presente nessa população. Há também outros casos com pontos de vista um pouco diferentes de acordo com a realidade em que se vive.*

E001 – “Saúde, pois bem, pra ser melhorada tem que ter atendimento.”

E002 – “Sim, eu acho que sim, minha saúde poderia ser melhorada.”

O estudo de Borim et al. (2014) analisou a associação entre autoavaliação negativa de saúde e indicadores de saúde, bem-estar e variáveis sociodemográficas em idosos. Os autores indicam que, neste caso, os indivíduos com menor escolaridade ou com renda familiar per capita mensal inferior a um salário mínimo apresentaram resultados de maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim. Apesar destes resultados, os autores afirmam que os efeitos observados sobre a autoavaliação de saúde sugerem que idosos podem ser beneficiados por políticas de saúde que tenham como base uma visão global e integrativa do processo de envelhecimento.

Conforme o que pode ser visto desde a primeira aproximação com os gestores, alguns idosos – e ainda alguns gestores – apresentaram conceitos de saúde bastante controversos, muitas vezes ligados ao conceito de doença, emergindo o tema **Saúde x Doença**. Esta visão distorcida assemelha-se ao percebido pelo senso comum, o que surpreende no caso dos gestores, mas que já era esperado do público idoso. A geração atual de idosos passou por diversas mudanças culturais, dentre elas a evolução do conceito de saúde.

Historicamente, o conceito de saúde sofreu algumas alterações, e nem todas as pessoas acompanharam essa evolução. O conceito de saúde era descrito como “estado de ausência de doença”, sendo que no início do século passado esse conceito foi redefinido pela OMS como sendo “o estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Desta forma, deixa de ser vinculado a uma visão mecanizada e estática de saúde e passa a ser uma visão mais abrangente frente a esse processo saúde-doença (PETTERS; DA ROS, 2018; SCLiar, 2007).

Os idosos tendem a perceber de maneira diferente os conceitos de saúde e doença, pois estão implicados de algumas percepções inerentes ao senso comum. Mudanças na estrutura dos sistemas de saúde no Brasil, de uma maneira geral, não têm sido assimiladas por esse estrato da população. Esse comportamento pode ser justificado por influências culturais e hábitos estabelecidos ao longo de toda uma vida. Nas falas de alguns idosos entrevistados essa percepção de saúde, ainda muito semelhante à percepção de doença, fica evidente. Tais percepções podem ser compreendidas a partir de uma discussão feita por Ferla e Ceccim (2013) a respeito do conceito criado pela OMS. Os autores argumentam que a concepção de saúde é um processo

em movimento permanente, que se interliga aos aspectos individuais e coletivos inerentes à sociedade e que assume continuamente papel de protagonismo às demandas sociais, em contraposição ao conceito referido.

Para Matos (2000, p. 102), "as percepções e representações sociais dos fenômenos de saúde e doença são frutos de uma seleção decorrente das condições objetivas de vida do indivíduo". Desta forma, a percepção de cada indivíduo depende de suas próprias experiências e dos significados atribuídos a elas. Em alguns casos, mesmo enquanto falavam sobre sua saúde, a primeira relação era com casos de doenças e seus estados clínicos propriamente ditos. É natural que haja certa dificuldade na compreensão do processo saúde-doença envolvendo estes idosos, e esse é mais um motivo que ressalta a importância de se discutir esse tema com idosos. Deve-se pensar a saúde para além da doença, revendo conceitos como o de promoção da saúde como parâmetro para essa discussão.

Nessa perspectiva, cabe resgatar a carta de Ottawa (OMS, 1986), um documento pioneiro nas discussões em saúde, no qual o conceito de promoção da saúde surge desvinculado da doença como foco. Destaca-se também a evolução das mobilizações a respeito disso e, por outro lado, a maneira como a cultura e o sistema de saúde ainda focado na doença, conforme apresentado nos temas anteriores, ainda se fazem presentes. Portanto, ainda é visível na sociedade atual, e especificamente nesse grupo etário de idosos, que a implicação desse conceito é decorrente de um processo cultural já incorporado como sendo normal pelos indivíduos em geral. Esta implicação é um fator que acaba refletindo na maneira como o conceito é percebido tanto pela população idosa, que se acostumou com a definição expandida pelo senso comum, como pela população geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados do presente estudo, observou-se questões relevantes como a percepção dos idosos atendidos nas ESF que foram entrevistados acerca de sua própria saúde e a maneira como esses idosos veem sua saúde atualmente e como acreditam que ela poderia estar. Durante a discussão dos dilemas referentes à sua saúde

no momento atual e as perspectivas quanto ao futuro, notou-se que ainda há uma confusão quanto à definição dos conceitos de saúde e de doença por esses indivíduos em decorrência da implicação de um conceito antiquado e apoiado no discurso do senso comum.

É necessário compreender o contexto em que o idoso está inserido para uma visão mais global acerca do estado de saúde, bem como de sua percepção sobre ele. Sugerem-se mais estudos com a população idosa envolvendo esta temática. Os cenários de saúde mudam de acordo com os atores envolvidos e a realidade desta faixa etária varia de acordo com as demandas existentes e a atenção - ou a falta dela.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a todos os idosos participantes desta pesquisa, por cederem seu tempo e sua disponibilidade colaborando com a geração de conhecimento e sendo parte ativa desse processo.

REFERÊNCIAS

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

BORIM, F. S. A., NERI, A. L., FRANCISCO, P. M. S. B., BARROS, M. B. A. Dimensions of self-rated in older adults. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.

COORSAÚDE. **Coordenadoria de Saúde UFRGS**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/coorsaude/cenarios-de-pratica/distrito-gloria-cruzeiro-cristal>>. Acesso em: 18 de maio de 2021.

DOS SANTOS, J. I. A territorialização na Atenção Básica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 21, p. 1345-1354, 2017.

ENRIQUEZ-REYNA, M.; BAUTISTA, D.; OROCIO, R. Nivel de actividad física, masa y fuerza muscular de mujeres mayores de la comunidad. Diferencias por grupo etario. Retos: Nuevas tendencias en Educación Física, **Deporte y Recreación**. v. 35, p. 121-125, 2019.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4521-4530, 2020.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. A formação em saúde coletiva e as diretrizes curriculares nacionais da área da saúde: reflexões e um começo de conversa.

FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F. orgs. **Cadernos da saúde coletiva**: inovações na formação de sanitaristas. Porto Alegre: UFRGS, p. 11-34, 2013.

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.

GAYA, A. **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre. Artmed. 2008.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (orgs.) **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

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.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B.; BULL, F.; GUTHOLD, R.; HASKELL, W.; EKELUND, U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**. v. 380, p. 247- 257, 2012.

KYU, H. H. et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the global burden of disease study 2013. **BMJ**. v. 354, i3857, 2013.

LEE, I. M.; SHIROMA, E. J.; LOBELO, F.; PUSKA, P.; BLAIR, S. N.; KATZMARZYK, P. T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**. v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

MATOS, I. B. O itinerário terapêutico: as práticas curativas de agricultoras de Joaçaba (SC). **Revista Grifos**, Chapecó, p. 101-124, 2000.

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.

OBSERVA POA. Observatório da cidade de Porto Alegre. **População Idosa de Porto Alegre Informação Demográfica e Socioeconômica**. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/>> Acesso em: 18 maio 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 21 de novembro de 1986; Ottawa, Ontário, Canadá. Genebra: OMS; 1986.

PAGAC. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. U.S.A. **2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report**. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services 2018.

PAIM, J. **O que é o SUS?** E-book interativo. Acesso aberto. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In.: FREITAS et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4^oed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

PETTRES, A. A.; DA ROS, M. A. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 47, n. 3, p. 183-196, 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

T.; GALÁN-MERCANT, A.; CARNERO, E. .; FERNANDES, B. Functional Capacity and Levels of Physical Activity in Aging: A 3-Year Follow-up. **Frontiers in Medicine**, v. 4, n.244, p. 1-8, 2018.

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS SEGUNDO REGIÃO GEOGRÁFICA DE MORADIA

ARTHUR ALEXANDRINO

Enfermeiro. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, alexandrinoarthurdm@gmail.com;

PATRÍCIO DE ALMEIDA COSTA

Graduando pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, patricioalmeida13@hotmail.com;

THAYSA FERNANDES DE AZEVEDO

Graduanda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, fernandesthaysa3@gmail.com;

MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, matheus-nogueira.ufcg@gmail.com;

RESUMO

Objetivo: Avaliar comparativamente a capacidade funcional (CF) em idosos residentes nas zonas urbana e rural do município de Cuité-PB e sua relação com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínico-terapêuticas. **Método:** Consta de estudo epidemiológico transversal, observacional, de cunho quantitativo, que comparou a CF entre 318 idosos, sendo 246 da zona urbana (ZU) e 72 da zona rural (ZR), vinculados à Estratégia Saúde da Família e aleatoriamente sorteados. Os dados foram coletados utilizando o questionário IVCF-20, seguido de análise subsidiada pela estatística descritiva e bivariada, considerando significância quando o p -valor $< 0,05$. **Resultados:** A maior parte dos idosos foi considerada frágil ou potencialmente frágil, principalmente os da ZR, apresentando um percentual de 65,2% e média do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF) de 10,08 pontos. Na ZR constatou-se também diferença estatisticamente significativa do IVCF com relação às variáveis faixa etária ($p < 0,001$), problemas de saúde autorreferidos ($p = 0,016$) e uso de medicamentos ($p < 0,001$), bem como apresentou correlação positiva para idade ($\rho = 0,638$, p -valor $< 0,001$) e correlação negativa para estresse autorreferido ($\rho = 0,245$, p -valor = 0,038). **Conclusões:** Os idosos residentes na ZR apresentaram maior declínio da CF se comparado aos da ZU. Assim, torna-se necessário buscar meios que visem assegurar a manutenção da CF desse público por meio de políticas públicas inclusivas e estratégias de atenção à saúde que venham garantir autonomia, independência, acesso aos serviços de saúde e o envelhecimento saudável e ativo dessa população. **Palavras-chave:** Idoso, Envelhecimento, Fragilidade.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tornou-se um desafio nos dias atuais, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento (MELO et al., 2017). No Brasil, já são mais de 40 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no primeiro trimestre de 2021 (BRASIL, 2021).

Dentre essa população, observa-se uma maior concentração de idosos que moram na zona urbana (ZU) se comparado aos que residem na zona rural (ZR) que se justifica pela questão do processo de industrialização nos centros urbanos, melhor acesso aos serviços públicos, em especial os de saúde, e melhores condições de vida. Como são duas realidades totalmente diferentes, a localização geográfica de moradia pode ter impacto direto na vida dos idosos (RIBEIRO; FERRETTI; SÁ, 2017).

Sabe-se que envelhecimento é um processo progressivo, irreversível e natural a todos os seres vivos e provoca alterações no organismo dos indivíduos, que por sua vez, promove a perda ou a diminuição das funções do corpo, entre elas, a perda das habilidades funcionais (QUINO-AVILA; CHACON-SERNA, 2018). A capacidade funcional (CF) é definida como a habilidade que o indivíduo tem de decidir e executar suas atividades de forma independente. A diminuição da CF traz sérias implicações para a vida das pessoas idosas, bem como seus familiares e serviços de saúde (MATOS et al., 2018).

A literatura aponta que os idosos residentes na zona rural apresentam-se mais vulneráveis devido à dificuldade de transporte e a distância dos serviços de saúde (COSTA; LEÃO; CAMPOS, 2020). Devido à falta de estudos que abordem esse tema, torna-se necessário a realização de um estudo que vise buscar como se encontra a CF de idosos nesses dois cenários para assim entender os aspectos relacionados entre a CF e a localização geográfica em que esses indivíduos residem.

Estudos que avaliam a condição de vida de pessoas idosas de acordo com o local em que estas estão inseridas, seja ZU ou ZR, são de grande importância visto que estes podem subsidiar ações e políticas relacionadas a promoção da qualidade de vida (QV) deste público (RIBEIRO; FERRETTI; SÁ, 2017). Dessa forma, o estudo trará grandes contribuições para a sociedade, segmentos da ciência e a saúde

como um todo, e assim, irá possibilitar a identificação de fatores que interferem na CF e QV desses idosos e sua relação com o seu local de moradia.

Diante do exposto, surgiram alguns questionamentos: Qual o índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos residentes nas zonas urbana e rural? Qual a relação entre o índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos residentes nas zonas urbana e rural com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínico-terapêuticas? Existem diferenças entre o índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos residentes nas zonas urbana e rural? Assim, o presente estudo objetivou avaliar comparativamente a CF em idosos residentes nas zonas urbana e rural do município de Cuité-PB e sua relação com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínico-terapêuticas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional transversal com abordagem quantitativa, desenvolvida no município de Cuité – PB. A cidade fica localizada na microrregião do Curimataú Ocidental. Ao todo, 318 idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do município participaram do estudo. Os participantes foram selecionados a partir do modelo de amostragem probabilística sistemática e levou em consideração um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Como critérios de inclusão dos sujeitos na amostra, considerou-se dois pontos: ter idade igual ou superior a 60 anos e ter cadastrado na ESF.

A coleta de dados se passou entre os meses de dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) sob (Parecer nº 3.021.189), respeitando assim todos os preceitos éticos e científicos pontuados na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Para identificar os participantes do estudo, foi realizado um levantamento de informações acerca do endereço desses idosos juntamente ao Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que foram essenciais para localizar os participantes. Todos os participantes do estudo receberam explicações acerca da pesquisa e de como poderia contribuir.

Após esclarecer os aspectos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelo entrevistado. Além disso, participaram da coleta de dados o pesquisador responsável, o pesquisador participante e dois alunos vinculados ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ).

Para coletar os dados foram utilizados dois instrumentos: I) Questionário sociodemográfico, comportamental e clínico-terapêutico, incluindo as variáveis: idade, sexo, cor/raça, estado civil, escolaridade, renda familiar, arranjo familiar, índice de massa corporal, consumo de álcool, tabagismo, prática de exercício físico, nível de estresse, utilização de serviços de saúde, uso de medicamentos e problemas de saúde autorreferidos; e o II) Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), validado por Carmo (2014) para avaliar a capacidade funcional dos indivíduos que contempla idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas, variando de 0 a 40 pontos. A avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa é determinada pelos seguintes critérios: I) 0 a 6 – idoso robusto; II) 7 a 14 pontos – idoso com risco de fragilização; e III) ≥ 15 pontos – idoso em condição de fragilidade, com declínio funcional e incapaz de gerenciar sua vida (MORAES; MORAES, 2014)

Os dados referentes às variáveis do estudo foram digitados e processados no **software** IBM SPSS versão 25 (**Statistical Package for the Social Sciences**). Na análise descritiva e quantitativa dos dados, utilizou-se medidas simples como a frequência absoluta e relativa, bem como aquelas de tendência central como desvio-padrão, média e mediana para as variáveis quantitativas. Logo após, realizou-se a análise inferencial para buscar relação entre as variáveis independentes e dependentes. Na análise bivariada, foi usado testes não-paramétricos, uma vez que os dados se apresentavam não normais quanto à distribuição dos dados quantitativos, previamente analisados através do teste de **Kolmogorov-Smirnov**.

Para fazer comparação de diferença entre os grupos das variáveis independentes (qualitativas) e a variável dependente IVCF (quantitativa), utilizou-se os Testes de **Mann-Whitney** e **Kruskal-Wallis**. Quanto à verificação de associação significativa entre as variáveis qualitativas e o IVCF categorizado, realizou-se o teste **Qui-quadrado** de Pearson.

Para avaliar a correlação entre as variáveis quantitativas e verificar se houve combinação entre elas, utilizou-se o Teste de Correlação de *Spearman*. Vale salientar que para os testes de cunho bivariado levou-se em consideração o valor de *p* inferior a 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para facilitar a leitura e a interpretação dos dados, os resultados abaixo se encontram em formato de tabela e estão distribuídos entre a tabela 1 a 4.

Tabela 1. Escore total categorizado do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo região geográfica de moradia. Cuité – PB (n=318). 2019

Variável	Categorias	Idosos Pesquisados			
		Zona Urbana		Zona Rural	
		n	%	n	%
IVCF	Idoso robusto	105	42,7	25	34,7
	Idoso potencialmente frágil	82	33,3	32	44,4
	Idoso frágil	59	24,0	15	20,8
TOTAL		246	100,0	72	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 1 aponta que os idosos residentes na ZR se apresentam mais frágeis se comparado aos idosos que residem na ZU. Embora o maior grupo dos idosos da ZU se mostrem robustos, o somatório de idosos potencialmente frágeis e frágeis equivalem a maior parte dos entrevistados tanto na ZU quanto na ZR, o que é alarmante e requer um olhar ampliado a saúde desse público, em especial medidas que visem amenizar e melhorar a CF dessa população.

Quando avaliado segundo a zona de moradia, a literatura aponta uma predominância do processo de fragilização entre os idosos residentes da ZR, convergindo com os dados apresentados no estudo em tela (LIANO et al., 2017; LIANO et al., 2019). Segundo PRETO et al (2018) fatores como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, condições de moradia, praticas alimentares e condições sanitárias corroboram para o conseqüente aumento da fragilidade nessa população.

Havendo assim, a necessidade de um cuidado holístico, efetivo e integrado nas múltiplas interfaces do idoso, com intuito de melhorar sua qualidade de vida, promovendo um envelhecimento saudável e ativo.

Corroborando com os achados da tabela 1, a média do IVCF descrita na tabela 2 se enquadra como idosos potencialmente frágeis em ambas áreas de moradia, o que aponta que esses indivíduos apresentam ou tendem a apresentar algum declínio em sua CF, o que demandam maiores cuidados voltados a funcionalidade das pessoas idosas.

Tabela 2. Dados descritivos do escore total do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo região geográfica de moradia. Cuité – PB (n=318). 2019

Área	Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
Zona Urbana	IVCF Escore total	246	0	38	9,84	7,50	8,664
Zona Rural	IVCF Escore total	72	0	34	10,08	9,00	6,924

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tais dados apresentam similaridade com estudos realizados em outras regiões do Brasil, em que houve uma predominância de idosos frágeis ou potencialmente fragilizados, com variação de 55,1% a 66,3% em suas estratificações (PRETO et al., 2018; SANTOS et al., 2018; MAIA et al., 2020). Autores caracterizam a fragilidade como uma síndrome multidimensional, resultante da diminuição nas reservas de energia e de mudanças relacionadas ao processo de senescência, sendo estas resultado da interação de fatores biológicos, psicológicos, culturais e sociais (CARNEIRO et al., 2020).

É oportuno destacar que os idosos fragilizados estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de eventos adversos para a saúde, como aumento da dependência, hospitalizações, institucionalização, comprometimento da qualidade de vida e mortalidade. Logo, faz-se necessário que os profissionais de saúde, familiares e cuidadores possuam um olhar diferenciado para o idoso, no intuito de identificar precocemente o processo de fragilização, permitindo assim a antecipação dos possíveis agravos e a redução dos seus impactos sobre a funcionalidade da população idosa (CARNEIRO et al., 2020).

Ao realizar a comparação entre as variáveis independentes e a variável dependente IVCF score total, observou-se significância estatística ($p < 0,05$) entre: faixa etária, cor/raça, alfabetização funcional, consumo de álcool, prática de exercícios físicos, problemas de saúde e uso de medicamentos, sendo essas nos idosos residentes na ZU. Já entre os entrevistados da ZR encontrou-se significância estatística apenas nas variáveis faixa etária, problemas de saúde e uso de medicamentos.

Tabela 3. Comparação das médias de postos do escore total do IVCF de acordo com as variáveis socioeconômicas, comportamentais, clínicas e terapêuticas de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo região geográfica de moradia. Cuité – PB (n=318). 2019

Variável	Categorias	IVCF			
		N	%	Média dos postos	Valor de p
Sexo ^A (ZU)	Masculino	105	42,7	118,48	$p=0,339$
	Feminino	141	57,3	127,24	$p=0,339^c$
Sexo ^A (ZR)	Masculino	32	44,4	32,53	$p=0,149$
	Feminino	40	55,6	39,68	$p=0,620^c$
Faixa etária ^B (ZU)	60 a 74	147	59,8	95,52	$p<0,001^*$ $p<0,001^c$
	75 a 89	84	34,1	156,65	
	Acima de 90	15	6,1	212,10	
Faixa etária ^B (ZR)	60 a 74	44	61,1	27,45	$p<0,001^*$ $p<0,001^c$
	75 a 89	24	33,3	47,71	
	Acima de 90	04	5,6	68,75	
Cor/Raça ^B (ZU)	Branca	92	37,4	131,34	$p=0,245$ $p=0,022^c$
	Parda	128	52,0	114,86	
	Amarela	03	1,2	134,00	
Cor/Raça ^B (ZR)	Parda	22	30,6	42,84	$p=0,179$ $p=0,119^c$
	Amarela	40	55,6	31,71	
	Preta	01	1,4	49,50	
	Preta	09	12,5	40,83	
Estado civil ^B (ZU)	Solteiro	32	13,0	141,56	$p=0,049^*$ $p=0,059^c$
	Casado	125	50,8	117,38	
	Divorciado	10	4,1	73,05	
	Separado	04	1,6	114,88	
	Víuvo	72	29,3	135,32	
	União consensual	03	1,2	81,67	

Variável	Categorias	IVCF			
		N	%	Média dos postos	Valor de p
Estado civil ^B (ZR)	Solteiro	03	4,2	27,33	<i>p</i> =0,082 <i>p</i> =0,257 ^C
	Casado	53	73,6	33,58	
	Divorciado	02	2,8	50,00	
	Separado	-	-	-	
	Viúvo	11	15,3	51,59	
	União consensual	09	4,2	32,83	
Arranjo Familiar ^B (ZU)	Sozinho	27	11,0	97,96	<i>p</i> =0,117 <i>p</i> =0,118 ^C
	Somente com o cônjuge	48	19,5	126,67	
	Cônjuge e filhos	39	15,9	115,81	
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	12	4,9	150,54	
	Somente com os filhos	28	11,4	146,68	
	Arranjos trigeracionais	31	12,6	113,90	
	Arranjos intrageracionais	05	2,0	166,30	
	Somente com os netos	04	1,16	124,88	
	Não familiares	03	1,2	191,17	
Outros arranjos	49	19,9	118,17		
Arranjo Familiar ^B (ZR)	Sozinho	03	4,2	23,33	<i>p</i> =0,227 <i>p</i> =0,609 ^C
	Somente com o cônjuge	27	37,5	30,59	
	Cônjuge e filhos	13	18,1	36,62	
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	-	-	-	
	Somente com os filhos	02	2,8	59,00	
	Arranjos trigeracionais	07	9,7	46,79	
	Arranjos intrageracionais	02	2,8	43,25	
	Somente com os netos	-	-	-	
	Não familiares	-	-	-	
Outros arranjos	18	25,0	40,22		
Alfabetização funcional ^A (ZU)	Sim	88	35,2	105,01	<i>p</i> =0,002 [*]
	Não	158	64,2	133,80	<i>p</i> =0,020 ^{*C}
Alfabetização funcional ^A (ZR)	Sim	09	12,5	32,50	<i>p</i> =0,539
	Não	63	87,5	37,07	<i>p</i> =0,750 ^C
Índice de Massa Corporal ^B (ZU)	Baixo Peso	49	19,9	129,16	<i>p</i> =0,256 <i>p</i> =0,228 ^C
	Peso adequado	107	43,5	129,18	
	Sobrepeso	90	36,6	113,66	
Índice de Massa Corporal ^B (ZR)	Baixo Peso	18	25,0	38,00	<i>p</i> =0,529 <i>p</i> =0,972 ^C
	Peso adequado	34	47,2	33,66	
	Sobrepeso	20	27,8	39,98	

Variável	Categorias	IVCF			
		N	%	Média dos postos	Valor de p
Tabagismo ^A (ZU)	Sim	36	14,6	119,17	$p=0,692$
	Não	210	85,4	124,24	$p=0,837^C$
Tabagismo ^A (ZR)	Sim	14	19,4	38,39	$p=0,706$
	Não	58	80,6	36,04	$p=0,991^C$
Histórico de tabagismo ^A (ZU)	Sim	158	64,2	122,10	$p=0,678$
	Não	88	35,8	126,02	$p=0,787^C$
Histórico de tabagismo ^A (ZR)	Sim	57	79,2	36,47	$p=0,983$
	Não	15	20,8	36,60	$p=0,817^C$
Consumo de álcool ^A (ZU)	Sim	34	13,8	68,97	$p<0,001^*$
	Não	212	86,2	132,25	$p<0,001^{*C}$
Consumo de álcool ^A (ZR)	Sim	04	5,6	40,75	$p=0,675$
	Não	68	94,4	36,25	$p=0,302^C$
Histórico de Consumo de álcool ^A (ZU)	Sim	74	30,1	132,09	$p=0,213$
	Não	172	69,9	119,80	$p=0,487^C$
Histórico de Consumo de álcool ^A (ZR)	Sim	31	43,1	33,60	$p=0,305$
	Não	41	56,9	38,70	$p=0,826^C$
Prática de exercícios físicos ^A (ZU)	Sim	113	45,9	96,78	$p<0,001^*$
	Não	133	54,1	146,20	$p<0,001^{*C}$
Prática de exercícios físicos ^A (ZR)	Sim	30	41,7	34,62	$p=0,518$
	Não	42	58,3	37,85	$p=0,096^C$
Problemas de saúde autorreferidos ^A (ZU)	Sim	204	82,9	133,15	$p<0,001^*$
	Não	42	17,1	76,64	$p<0,001^{*C}$
Problemas de saúde autorreferidos ^A (ZR)	Sim	51	70,8	40,72	$p<0,008^*$
	Não	21	29,2	26,26	$p<0,016^{*C}$
Uso de medicamentos ^A (ZU)	Sim	180	73,2	140,26	$p<0,001^*$
	Não	66	26,8	77,79	$p=0,035^{*C}$
Uso de medicamentos ^A (ZR)	Sim	43	59,7	43,57	$p<0,001^*$
	Não	29	40,3	26,02	$p<0,054^C$

* Significância estatística (p -valor < 0,05)

(A) - Teste de Mann-Whitney

(B) - Teste de Kruskal- Wallis

(C) - Teste Qui-quadrado de Pearson

(ZU) – Zona Urbana

(ZR) – Zona Rural

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A partir dos dados coletados, foi observado o fenômeno de feminização dos idosos, além disso, notou-se também que a maior parte dos participantes se tratavam de idosos jovens, de cor de pele predominantemente parda, ou seja, a cor mais prevalente entre a população nordestina. Tal afirmativa pode ser entendida uma vez que o estudo foi realizado em uma cidade do interior do nordeste.

Estudo realizado com idosos no norte do Brasil revela que a maior parte dos idosos são do sexo feminino, independentemente da localização geográfica em que residem (BESSA, 2019). Esse fenômeno denominado feminização da velhice, caracteriza-se pela maior proporção de mulheres na população idosa, especialmente em idades mais avançadas (MAXIMIANO- BARRETO et al., 2019).

As mulheres apresentam maior longevidade de vida em relação aos homens, entretanto, demonstram qualidade de vida inferior e maior risco de desenvolvimento de quadros de fragilidade ou comprometimento funcional (TAVARES et al., 2021). Essa diferenciação entre os gêneros pode ser justificada pelos fatores historicamente associadas ao sexo feminino, em que as mulheres ao longo da vida tiveram um reduzido acesso a escolaridade, menor possibilidade de trabalho formal, níveis mais baixos de renda e maior sobrecarga doméstica, condições que contribuem para uma menor proteção, segurança e bem-estar na velhice (OLIVEIRA et al., 2021).

No tocante a faixa etária dos idosos, é importante sinalizar que devido a maior média ter sido encontrada no grupo de idosos que tinham idade acima de 90 anos, isso significa que quanto maior for a faixa etária do indivíduo, maior será o seu IVCF, o que infere em uma dependência entre elas. A pesquisa também revelou que os participantes do estudo são idosos jovens, principalmente na ZR, apresentando uma média 72,89 anos de idade. Convergindo com os dados encontrados neste estudo, pesquisa realizada com idosos do estado federativo de Minas Gerais apontou que a maior parte dos entrevistados eram jovens, bem como revelou que quanto mais avançada for a idade do indivíduo, pior a qualidade de vida (GARBACIO et al., 2018).

Tais dados ainda são ratificados por Caires et al. (2019), que evidenciou em seu estudo uma relação proporcional entre o aumento da faixa etária com o comprometimento funcional. Segundo os autores, idosos com idade de 60 a 64 anos apresentam 6% das funções

biológicas comprometidas devido ao declínio funcional inerente ao processo senilidade, sendo que em faixas etárias maiores essa proporção pode aumentar para índices superiores à 40%.

Na variável estado civil, apesar da maioria dos idosos de ambas localidades se referirem casados, os idosos solteiros (ZU) diferiram estatisticamente dos demais, sugerindo uma maior chance de apresentar declínio em seu IVCF. Corroborando com os dados do presente estudo, pesquisa nacional realizada pela Política Nacional de da Saúde (PNS) do ano de 2013, revelou maior predominância de idosos casados nas duas localizações geográficas de moradia. Diferente do estado civil solteiro, o fato do indivíduo ser casado se apresenta como fator que contribui para melhor condição de saúde devido ao apoio do cônjuge (BÓS et al., 2018).

Quanto a variável arranjo familiar, independente da área geográfica de residência, observou-se que maioria dos idosos relatavam conviver apenas com o (a) conjugue, seguidos de conjugue e filhos, e somente filhos. Tais dados apresentam semelhança com as informações contidas na Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008/2009), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em que maioria dos idosos relatavam residir apenas com o companheiro ou acompanhados dos seus filhos (MELO, 2017).

No tocante a variável cor/raça, notou-se significância estatística nos indivíduos de cor/raça branca da ZU. Quanto a variável cor/raça, o estudo de Bós et al. (2018), revelou que a maior parte os idosos entrevistados eram pardos, o que converge com os dados encontrados neste estudo. De forma consoante, Malta et al. (2015) ressalta que adultos negros ou pardos possuem maior probabilidade de desenvolver eventos cardiovasculares adversos como hipertensão, acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio, além das complicações decorrentes dessas doenças. O qual pode potencializar o processo de incapacidade e fragilidade na faixa etária idosa.

Quanto a comparação da média dos postos dentre a variável alfabetização funcional dos participantes da ZU, notou-se destaque para as pessoas idosas não alfabetizadas, refletindo que a alfabetização tem relação com o IVCF e, por sua vez, os dados demonstram que quanto menor o nível de alfabetização do indivíduo, maior será o seu IVCF. Quanto aos anos estudados os dados apontam que os idosos

apresentam baixíssimo nível de escolaridade, em especial os da ZR, com uma média de 0,92 anos de estudos.

Nesse sentido a literatura afirma que os idosos que possuem baixos índices de escolaridade e alfabetização tendem a procurar com menos frequência os serviços de saúde, por apresentarem pouco ou nenhum conhecimento acerca das suas necessidades, potencializando assim vulnerabilidade do idoso a fragilização e comprometimento do seu bem-estar e qualidade de vida (SANTOS et al., 2020). Ademais resalta-se que a baixa escolaridade presente entre os idosos da ZR pode ser atribuída, às dificuldades de acesso aos centros de ensino que os idosos enfrentaram quando jovens, ou pela necessidade da família em manter seus filhos em casa, para ajudar nas atividades rurais e serviços domésticos (TAVARES et al., 2017).

Quanto a renda familiar, os idosos dos estudos apresentaram uma renda de aproximadamente dois salários mínimos. Contudo, os idosos da ZR tinham uma renda familiar média de R\$ 2.084,72. Corroborando com os dados referentes a este estudo, pesquisa realizada com idosos do município de Tefé, Amazonas, apontou que idosos residentes da ZU apresentaram número de anos estudados maior quando comparado aos que residiam na ZR. Entretanto, ao levar em consideração o mesmo estudo, observou-se que os idosos que residiam na ZR possuíam renda familiar inferior, sendo um dado discordante ao encontrado no estudo em tela (BESSA, 2019).

Somados aos poucos anos de estudos ou a falta de letramento, a hipossuficiência financeira sugere uma situação socioeconômica desfavorável, principalmente presente nos idosos localizados na ZU quando comparado a região de moradia. Nesse sentido, entende-se que recursos financeiros escassos podem colocar os idosos da ZU em condição de vulnerabilidade social. Assim, ficam mais expostos ao risco de adoecer e de terem suas condições clínicas agravadas.

Todavia, a vulnerabilidade financeira presente na população idosa está relacionada com outros fatores que não se limitam apenas a localização geográfica, como por exemplo o número de dependentes por renda familiar. Sabe-se que por muitas vezes o idoso caracteriza-se como o provedor ou principal responsável pelas despesas da casa, contribuindo financeiramente com o valor proveniente de sua aposentadoria. Tal fato, pode refletir negativamente sobre a manutenção de

sua saúde, logo que com o aumento das despesas, o idoso pode não ter recursos suficientes para investir em condições que sustentam sua qualidade de vida, como atividades de lazer, compra de medicamentos ou alimentação adequada. Elementos considerados essenciais para a preservação da autonomia e para a promoção ou recuperação da saúde (JESUS et al., 2020; SANTOS et al., 2020).

Ao comparar o IMC, levando em consideração a proposta de classificação do Índice de Massa Corporal de Lipschitz (1994), pode-se compreender que a maior parte dos idosos estão enquadrados no padrão de eutrofia, ou seja, apresentam peso adequado. Entretanto, os idosos da ZU apresentaram IMC com uma média de 26,10, o que é alarmante, visto que se aproxima ao limite de sobrepeso.

O Índice de Massa Corporal é o indicador antropométrico mais utilizado para avaliar o risco nutricional na população idosa, por se tratar de uma medida facilmente aplicável, não invasiva e de baixo custo para sistema de saúde (CAIRES et al., 2019). No estudo em tela, quando avaliado o IMC, os idosos tanto da ZU quanto da ZR apresentaram medidas satisfatórias e consideradas dentro dos padrões de normalidade para faixa etária. Divergindo de outros estudos nacionais conduzidos com participantes de idade semelhante, em que foram identificados maiores índices de sobrepeso, obesidade ou desnutrição (baixo peso) (MELO et al., 2017; CAIRES et al., 2019).

Sabe-se que alterações antropométricas e nutricionais que afetam os idosos, podem favorecer o desenvolvimento de quadros clínicos como o diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, desnutrição proteica, osteoporose e sarcopenia, sendo estes considerados como potenciais contribuidores para vulnerabilização e comprometimento do grau de funcionalidade na população idosa (SAMPAIO et al., 2016; CAIRES et al., 2019).

Nesse contexto, tanto a desnutrição quanto o sobrepeso/obesidade podem ser considerados fatores de risco independentes para o desenvolvimento de quadros de fragilização nos idosos. O qual pode ser ratificado por estudos realizados por Sampaio et al. (2016) e Melo et al. (2017), que ao examinarem a relação entre a vulnerabilidade clínico-funcional e o peso corporal em idosos assistidos na APS, evidenciaram uma predominância de índices de fragilidade em idosos com baixo peso ou em estado de obesidade.

Ademais, ao fazer a comparação entre o IVCF e a variável problemas de saúde autorreferidos, foi possível constatar que o maior declínio da funcionalidade encontrado foi entre os idosos que relataram ter problemas de saúde nas duas áreas de moradia. Tais dados apresentam similaridade com outras pesquisas desenvolvidas em âmbito nacional, em que idosos que referiram possuir uma ou mais comorbidades apresentaram maiores níveis de fragilidade quando comparados aos idosos sem queixas (FERREIRA et al., 2019; JESUS et al., 2020).

Para Oliveira et al. (2021) a alta prevalência de multimorbidades é um panorama epidemiológico comum a população idosa. Em que, acredita-se, que a convivência com essas enfermidades por um longo período de tempo, e de forma simultânea, podem levar a diminuição da capacidade de adaptação do idoso às modificações biopsicossociais naturais ao envelhecimento, tornando o idoso mais propenso a quadros de fragilização e declínios funcionais.

Ao comparar o uso de medicamentos e o IVCF, pode-se concluir que o idoso que referiu fazer uso de medicamento apresentava maior IVCF independente da região geográfica de moradia. Estudo realizado com idosos da ZU e da ZR no município de Lafaiete Coutinho, Bahia, também apontou que o uso de medicamentos é um fator de risco que pode levar ao comprometimento da CF das pessoas idosas, seja na ZU ou ZR (MATOS et al., 2019).

O presente estudo também apontou que poucos idosos faziam consumo de tabaco e álcool durante o período de entrevista. Contudo, ao levar em consideração a vida pregressa, a maioria dos idosos relatou que há alguns anos atrás, durante a vida jovem e adulta, consumiam tabaco e álcool. Ao comparar nossos resultados com outro estudo realizado com idosos do estado federativo do Amazonas, constatou-se semelhança quanto a variável ser fumante ou já ter sido fumante, demonstrando uma maior porcentagem de tabagistas (ativos ou não), entre idosos residentes da ZR (BESSA, 2019).

Ao comparar o IVCF e o consumo de álcool dos idosos da ZU, os dados sugerem que os idosos que não faziam consumo de álcool apresentaram maior declínio da sua capacidade funcional, além de que ao realizar comparação entre as variáveis práticas de exercícios físicos e o IVCF, os achados sugerem que quanto mais sedentário é o idoso, maior será o seu índice. Estudo realizado no Distrito Federal, Brasília, apontou que o uso do álcool, além de promover o declínio cognitivo e acelerar o

processo de envelhecimento, ele por sua vez acaba comprometendo a funcionalidade do indivíduo (ROCHA; SILVA; SANTANA, 2020).

Quanto à prática de exercício físico, foi observada relação estatística nos idosos (ZU) que não praticavam algum tipo de atividade física, revelando que a não prática de atividade física está associada ao aumento da vulnerabilidade da CF neste público, o que se mostra preocupante tanto para a saúde, quanto para a funcionalidade desses idosos. Cabral et al. (2021) afirma que sedentarismo representa um maior risco para o desenvolvimento de declínio funcional em AIVD nos idosos. Sendo essa associação explicada pelo fato de que a inatividade física agrava a condição de vulnerabilidade funcional, fazendo com que a pessoa idosa deixe de melhorar sua aptidão cardiorrespiratória, muscular e saúde óssea, aumentando também seu grau de sarcopenia e limitação física.

Sobre o estresse autorreferido os idosos pesquisados apresentaram grau de estresse aproximadamente intermediário, uma vez que o mínimo era zero e o máximo era 10, com predominância maior no idosos residentes na ZR, com uma média de 4,21.

No que diz respeito ao nível de estresse autorreferidos pelos idosos, observou-se um grau de estresse intermediário, com uma discreta diferença entre a média dos idosos que residem na ZR quando comparados aos da ZU. Tal achado diverge do estudo realizado por

Nogueira (2016) onde foi evidenciado um baixo nível de estresse autorreferido pelos idosos. Para Ferreira et al., (2019), a ocorrência de estresse na população idosa, pode favorecer o surgimento de comorbidades, déficits cognitivos e dificuldades na execução atividades da vida diária (AVDS), culminando na diminuição do grau de funcionalidade do idoso ao longo do tempo.

Tabela 4. Correlação das médias de postos do escore total do IVCF de acordo com as variáveis renda familiar, anos estudados e estresse autorreferido de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família segundo região geográfica de moradia. Cuité – PB (n=318). 2019

Correlação	IVCF - Escore TotalID	
	Zona Urbana	Zona Rural
Idade	$p = 0,497$ $p - \text{valor} < 0,001^*$	$p = 0,638$ $p - \text{valor} < 0,001^*$

Correlação	IVCF - Escore TotalD	
	Zona Urbana	Zona Rural
IMC	$p = - 0,082$	$p = 0,085$
	$p - \text{valor} = 0,200$	$p - \text{valor} < 0,475$
Renda Familiar	$p = - 0,056$	$p = 0,158$
	$p - \text{valor} = 0,385$	$p - \text{valor} = 0,184$
Anos estudados	$p = - 0,173$	$p = 0,078$
	$p - \text{valor} = 0,007^*$	$p - \text{valor} < 0,513$
Estresse autorreferido	$p = 0,102$	$p = 0,245$
	$p - \text{valor} = 0,111$	$p - \text{valor} < 0,038^*$

(D) - Teste de Correlação de Spearman

(*) - Significância estatística: p -valor $< 0,05$.

ρ - Coeficiente de correlação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Por fim, ao analisar a tabela 4, foi possível verificar significância estatística demonstrada através de uma correlação positiva entre as variáveis idade e IVCF entre os idosos da ZU ($\rho = 0,497$, p -valor $< 0,001$) e ZR ($\rho = 0,638$, p -valor $< 0,001$), o que aponta que quanto maior a idade do indivíduo, maior o IVCF deste. Quanto à significância estatística encontrada entre a variável "anos estudados" e o IVCF ($\rho = - 0,173$, p -valor = $0,007$) entre os participantes da ZU, observou-se uma correlação negativa, o que significa que quanto menor a escolaridade do indivíduo, maior é o seu IVCF. Já ao observar o p -valor da variável "estresse autorreferido" ($\rho = 0,245$, p -valor = $0,038$) dos idosos da ZR, pode-se dizer que quanto maior o estresse autorreferido, maior o seu IVCF.

Apresentando semelhança com o presente estudo, pesquisa realizada com idosos de Belém, Pará, apontou que quanto maior a idade do indivíduo, maior é o comprometimento funcional deste que é justificado pelo próprio processo de envelhecimento fisiológico intrínseco de todo os seres vivos. Além disso, observou-se também que quanto menor o nível de escolaridade do indivíduo, maior o seu declínio funcional, o que se justifica pelo fato desses indivíduos apresentarem maior comprometimento do nível de entendimento e, conseqüentemente, esse público acaba apresentando maiores limitações quanto às informações (FERNANDES et al., 2019).

Por fim, o estresse se mostrou como um fator contribuinte para o declínio da CF nos idosos da ZR. Convergindo com esses dados, um estudo realizado com idosos de João Pessoa, Paraíba, apontou que o estresse tem relação direta com o comprometimento funcional da pessoa idosa. Dessa forma, demanda-se meios que visem diminuir o estresse nesse público e consequentemente preservar a sua CF (FERREIRA et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que a maior parte dos idosos do estudo se encontravam com o IVCF avaliado em frágil ou potencialmente frágil, com maior destaque para os idosos que residem na ZR. Ao conflitar o IVCF com as variáveis do estudo, para os idosos da ZU observou-se significância estatística entre a faixa etária, idade, cor/raça, estado civil, alfabetização funcional, consumo de álcool, problemas de saúde autorreferido, prática de exercício físico, uso de medicamentos e número de anos estudados. Já nos idosos da ZR encontrou-se significância nas variáveis faixa etária, idade, problemas de saúde autorreferidos, uso de medicamentos e estresse autorreferido. Vale destacar que as variáveis faixa etária, idade, problemas de saúde autorreferidos e uso de medicamentos contribuíram para o declínio da CF no idosos independente da localização geográfica de moradia.

Ao identificar a escassez de estudos científicos voltados a CF de idosos e sua relação com a localização geográfica de moradia, torna-se necessário a execução de outros estudos que comparem a funcionalidade segundo o local de moradia, em especial as pesquisas que abordem a CF de pessoas idosas que residem em área rural, no intuito de garantir maior robustez científica quanto a temática. Além disso, o presente estudo traz como reflexão a necessidade de assegurar a manutenção da CF desse público através de políticas públicas inclusivas, bem como por meio de estratégias de atenção à saúde que venham garantir autonomia, independência, acesso aos serviços de saúde e o envelhecimento saudável e ativo dessa população,

AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Brasil, que concedeu o financiamento para a realização deste estudo através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) – Edital PROPEX Nº 09/2018 PIBIC/CNPq-UFCG, bem como ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) por todo o apoio durante a coleta de dados.

REFERÊNCIAS

BESSA, E. R. L. **Estudo comparativo das condições clínicas e microbiológicas da saúde bucal de idosos residentes em áreas rurais e urbanas do município de Tefé – Amazonas.** Dissertação - Instituto Leônidas e Maria Deane, Manaus, AM. 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/35583/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Ellen%20Bessa.pdf> Acesso em: 18 set. 2021.

BÓS, A. J. G. et al. Diferença no perfil socioeconômico e de saúde de idosos do meio rural e urbano: pesquisa nacional de saúde, 2013. **Geriatr Gerontol Aging.**, v. 12, n. 3, p. 148-53. 2018. Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/15727/2/Diferencas_no_perfil_socioeconomico_e_de_saude_de_idosos_do_meio_rural_e_urbano_PNS_2013.pdf Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua trimestral.** Sistema IBGE de Recuperação Automática (SIDRA), 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9173-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-trimestral.html>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.** Brasília - DF, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 04 mai. 2019.

CABRAL, J. F. et al. Vulnerabilidade e Declínio Funcional em pessoas idosas da Atenção Primária à Saúde: estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/mqdrRfNgT5sYH85T3g9GgHB/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021

CAIRES, S. S. et al. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos residentes em comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. João Pessoa, v. 23, n.4, p.421-428 2019, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsa-lud.org/biblioref/2020/01/1049115/42501-127465-1-10-20191230.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021

CARMO, J. A. **Proposta de um Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional para a Atenção Básica: Um Estudo Comparativo com a Avaliação Multidimensional do Idoso**. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500570&lng=en&tlng=en. Acesso em: 04 mai. 2019.

CARNEIRO, J. A. et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 70, n. 4, p. 747-752, set., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>. Acesso em: 21 set. 2021

COSTA, R. S.; LEÃO, L. F., CAMPOS, H. L. M. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 83-103, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/48657/32093>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FERNANDES, D. S. et al. Functional capacity assessment of long-lived older adults from Amazonas. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, suppl. 2, p. 49-55. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8TqJHLhynJq59jVVZf-J3YMm/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 20 set. 2021.

FERREIRA, G. S. Functional Capacity and Stressful Events in Elderly Population. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v.23, n.1, p.1-7,2019. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/1384>. Acesso em: 21 set. 2021

GARBACCIO, J. L. et al. Aging and quality of life of elderly people in rural areas. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, suppl. 2, p. 724-32. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pC3sjdGyJnPbyC9PXygQRrF/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 20 set. 2021.

JESUS, I. T. M. et al. Frailty, sociodemographic profile and health evaluation of older adults in vulnerability. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v.12, n.1 p. 1037-1044, dez. 2020. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7486/pdf>. Acesso em: 21 set. 2021

LIANO, P. M. P. et al. Factors associated with frailty syndrome in the rural elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**. São Paulo, v. 72, v.2 p. 14-21, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0079>. Acesso em: 21 set. 2021

LIANO, P.M.P. et al. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. **Acta Paul Enferm**. v. 30, n. 5, p. 520–530, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/S3Vg79cjcqCYxB5DnRgr6RM/?lang=pt&format=pdf#:~:text=Utilizou%20dse%20Regress%C3%A3o%20de%20Poisson,4%25%20dos%20idosos%20apres%20entaram%20fragilidade..> Acesso em: 21 set. 2021

MAIA, L. C. et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5041-5050, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>. Acesso em: 11 set. 2021

MALTA, D. C. et al. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. **Ciencia e Saude Coletiva**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 713–726, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7NTw4vts4sV5Z8PrWHT4ytk/?lang=en>. Acesso em: 11 set. 2021

MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3393-3401. 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n10/3393-3401/pt> Acesso em: 20 set. 2021.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A. et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, p. 239-52. 2019. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/humanas/article/view/6076/3668> Acesso em: 19 set. 2021.

MELLO, A. C. et al. Consumo alimentar e antropometria relacionados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em comunidade de baixa renda de um grande centro urbano. **Cadernos de Saude Publica**. São Paulo, v. 33, n. 8, p. 1–12, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nn3g6j5B9t8yS-TRBWf6hcf/abstract/?lang=pt>. Acesso em 17 set. 2021.

MELO, L. A. et al. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 04, p. 494-502. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/TrqWTBxN3GXzcpbXKm6zTSj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MELO, N. C. V. et al. Consumption and social and demographic profile of the different household arrangements of the elderly in Brazil: analysis from the Study on Family Budgets. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio

de Janeiro, . 20, n. 5, p. 607–617, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/fkxbdpGXXYSxJLGpK5wxq6z/abstract/?lang=en>. Acesso em: 13 set. 2021.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 4ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

OLIVEIRA, P. R. C. et. al. Fatores associados à fragilidade em idosos acompanhados na Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1–10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TLV5cYpzZdM567B6ybtbbK6K/?lang=pt>. Acesso em 17 set. 2021.

PRETO, L. C. M. D. et al. Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. **Journal of Nursing Referência (Revista de Enfermagem Referência)**. São Paulo, v. 16, n. IV, p. 73–84, 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/18008>. Acesso em 17 set. 2021.

QUINO-AVILA, A. C.; CHACON-SERNA, M. J. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombias. **Horiz. sanitario**, Villahermosa, v. 17, n. 1, p. 59-68, 2018. Disponível: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000100059&lng=es&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 30 ago. 2021.

RIBEIRO, C.G.; FERRETTI, F.; SÁ, C. A. Qualidade de vida em função do nível de atividade física em idosos urbanos e rurais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 3, p. 330-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/KHcrbBkrhRW6W6bN5kGwyJC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

ROCHA, J. S. de M.; SILVA, M. de N. R. M. de O.; SANTANA, L. A. Functional health of the elderly in abuse of alcohol and other drugs. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, p. e299108358, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8358/7324> Acesso em: 19 set. 2021.

SAMPAIO, L. S. et al. Indicadores antropométricos como preditores na determinação da fragilidade em idosos. **Ciencia e Saude Coletiva**. São Paulo, v. 22, n. 12, p. 4115–4123, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3Z-mxzMrvXBPrJsWz4p6HpXF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 set. 2021.

SANTOS, T. N. et al. Perfil clínico e funcional do idoso na atenção primária à saúde em Belo Horizonte. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Minas Gerais, v. 10, 2020. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/4038>>. Acesso em 17 set. 2021.

TAVARES, D. M. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2 p. 371-378, jan.,2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000200023>. Acesso em 17 set. 2021.

CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: BEM ESTAR E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TATIANA FERREIRA DA COSTA

Professora adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE; Doutora pelo o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, tatxianaferreira@hotmail.com

RAYANE DA SILVA ARRUDA

Mestranda pelo o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, rayarruda@hotmail.com

KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA

Doutora pelo o Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, kaisyjp@hotmail.com

RESUMO

As sequelas resultantes de um acidente vascular encefálico comumente levam a dependência de terceiros, que recai na maioria das vezes para um cuidador informal. O objetivo desse estudo é avaliar a associação do bem estar e as características sociodemográficas de cuidadores de sobreviventes de acidente vascular encefálico. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo realizado com 151 cuidadores de familiares de pessoas com sequela de acidente vascular encefálico. Os dados foram coletados entre os meses de setembro e dezembro de 2017 por meio de entrevistas realizadas em domicílios, utilizando-se instrumento estruturado para levantamento de informações sociodemográficas e as a de Bem-Estar Subjetivo. Realizou-se análise descritiva e inferencial. O projeto foi aprovado sob parecer de nº1.133.104. O estudo evidenciou uma média alta (20,74) de experiências negativas, o que contribuiu para elevação da média global (-1,13). Além disso, foi identificado uma associação significativa ($p=0,008$) entre a dimensão "afeto positivo" da escala de Bem-Estar Subjetivo com a idade dos cuidadores, revelando que os cuidadores mais jovens apresentam menor nível de afeto positivo em relação aos mais velho. O estudo evidenciou uma alta experiência negativa que pode contribuir para uma baixa qualidade de vida do cuidador.

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Cuidadores; Satisfação Pessoal

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma síndrome neurológica decorrente de um distúrbio na circulação encefálica, que persiste por mais de 24 horas. Ocorre devido à redução ou à completa interrupção do aporte sanguíneo cerebral e pode ser classificado em dois tipos: isquêmico ou hemorrágico (PELICIONI et al., 2016). Os seus sintomas incluem uma ampla variedade de déficits neurológicos, o que vai depender da localização da lesão e do tamanho da área que está com a perfusão insuficiente (COSTA et al., 2015).

O AVE apresenta elevada incidência na população mundial, sobretudo entre pessoas idosas (MUSUKA et al., 2015). Estima-se a ocorrência de um caso a cada cinco segundos, caracterizando-se como a segunda causa de morte e a primeira de incapacidade. No Brasil, no período de 2010 a 2016, foram registradas 695.521 internações por AVE, com elevado número de casos em pessoas com idades entre 70 e 79 anos (BRASIL, 2016).

Dependendo da gravidade e das sequelas do paciente, sejam elas físicas, cognitivas ou comportamentais, o indivíduo torna-se dependente necessitando de cuidado. Nesse contexto, na maioria das situações, apenas uma pessoa, chamada de cuidador principal ou informal, assume a responsabilidade dos cuidados (COSTA et al., 2015).

A função do cuidador é, geralmente, desvalorizada pelos profissionais da área de saúde, por outros membros da família e pelo próprio paciente. Isso provoca no cuidador variações de humor e alterações na forma de encarar os desafios diários, deflagrando diferentes sentimentos negativos vivenciados rotineiramente, como raiva, medo, tristeza, culpa, desespero, solidão e angústia, o que resulta em desgaste psíquico, distúrbios do sono e baixa autoestima situacional (BAKAS et al., 2016).

As várias tarefas que são atribuídas ao cuidador familiar, a falta de apoio, o despreparo para cuidar, o nível de dependência do paciente, a cronicidade da situação incapacitante, a complexidade das atividades dos cuidados, o agravamento do estado de saúde e a incerteza do futuro causam sobrecarga, e isso poderá acarretar isolamento social, redução ou extinção das atividades de lazer, comprometimento da

atividade profissional, perda de emprego e falta de tempo de cuidar de si mesmo que comprometem o bem-estar e a qualidade de vida do cuidador (DUNBAR et al., 2018; HAN et al., 2017; MCLENNON et al., 2014)

O estresse por tempo prolongado causa cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional, com consequências negativas no âmbito familiar, social e profissional do cuidador (PUCCIARELLI et al., 2017). E quando os cuidadores não encontram mecanismos de enfrentamentos eficazes, a tensão acentuada o expõe ao risco de desenvolver problemas de saúde, como hipertensão arterial, doenças coronarianas, modificações no sistema imunológico e processos dolorosos (LOREIRO et al., 2015).

Evidencia-se que, diante da situação de dependência, a dimensão psicológica do cuidador é, frequentemente, a primeira a ser afetada, comprometendo, posteriormente, o estado físico. O impacto psicológico provocado pela nova realidade representa, na maioria das vezes, um fator estressante e potencial causador de ansiedade e depressão, gerando prejuízos mentais e físicos durante o processo de prestação de cuidados e reabilitação, o que pode afetar a saúde e o bem-estar (COSTA et al., 2015)

O bem-estar subjetivo (BES), percebido e avaliado por meio de experiências individuais, consiste na autoavaliação manifestada por afetos positivos que se sobressaem aos negativos, pela satisfação global com a vida bem como pela satisfação relacionada a aspectos ou domínios específicos, como saúde, trabalho, independência, entre outros (SPOSITO, et al 2010).

Ressalta-se, portanto, a importância do acompanhamento por uma equipe multiprofissional, ao paciente, cuidador e família, levando em consideração que não só o paciente sofre com o impacto das sequelas resultantes de um AVE. O enfermeiro, por sua vez, é um profissional singular na adaptação à nova realidade enfrentada pelo cuidador e paciente, e deve atuar afim de evitar ou atenuar os efeitos negativos desse processo, garantindo, assim, a qualidade do cuidado dispensado ao paciente.

Desse modo, levanta-se o seguinte questionamento: Existe associação entre o bem-estar e as características do cuidador? Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação do bem estar

e as características sociodemográficas de cuidadores de sobreviventes de AVE.

Apesar da alta demanda de cuidado, do despreparo, e do sofrimento vivido pelos cuidadores familiares, pode-se observar uma invisibilidade dessas pessoas nas políticas públicas no Brasil. Sendo assim, é necessário a realização de pesquisas que subsidie o desenvolvimento e implementação de programas de intervenções teoricamente planejados, a fim de preparar e adaptar os cuidadores para um novo contexto de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e transversal com abordagem quantitativa, realizada com cuidadores informais de idosos com AVE cadastrados nas Unidades Saúde da Família (USFs) do município de João Pessoa.

O cálculo da amostra foi baseado no quantitativo de pessoas acometidas por AVE que eram cadastradas nas USFs do município, durante o ano de 2016, totalizando 249 indivíduos. O tamanho da amostra foi definido utilizando-se o cálculo para populações finitas com proporções conhecidas, tendo-se como base margem de erro de 5% (erro=0,05), com grau de confiabilidade de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$), considerando-se a proporção verdadeira como 50% ($p=0,50$) para sequelas, resultando em uma amostra de 151 cuidadores, os quais foram selecionados de forma proporcional ao quantitativo de indivíduos em cada unidade e distrito.

Os critérios de inclusão estabelecidos nesta pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 18 anos e ser cuidador informal primário de pacientes com sequela de AVE, cadastrados em USF de João Pessoa-PB. Foram excluídos os cuidadores formais e informais secundários ou terciários e cuidadores de pacientes que apresentavam sequelas sucedidas de outras alterações da saúde.

Os dados foram coletados no período de Setembro de 2017 à Dezembro 2017 por meio de entrevistas individuais, realizadas nos domicílios. No primeiro momento, foi realizada uma seleção aleatória de algumas USFs de cada distrito, entrou-se em contato com os apoiadores e os enfermeiros de cada Unidade, solicitando, por meio

dos registros, os pacientes que sofreram AVE e apresentavam sequela, identificando seus cuidadores. A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora com acompanhamento de um agente de saúde.

O bem-estar foi avaliado pela BES, instrumento adaptado e validado em 2016, composto de 24 questões, com opções de respostas do tipo Likert, que variam de um (discordo totalmente) a cinco (concordo totalmente). É dividida em quatro fatores: afetos positivos – AP, afetos negativos – AN, experiências positivas – EP, experiências negativas – EM. O cálculo da pontuação total é obtido pela fórmula: $BESG = (AP - AN) + (EP - EN)$, bem como especificando o bem-estar negativo (AN - EN) e positivo (AP - EP), em que quanto maior é o escore, mais elevado é o bem-estar (MAIA, et al., 2016).

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica, estruturada no Programa Microsoft Excel, com dupla digitação, visando garantir a confiabilidade na compilação dos dados. Em seguida, foram organizados, codificados, importados e processados pelo aplicativo Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows, versão 22.0, sendo analisados por estatística descritiva e inferencial.

No que diz respeito aos procedimentos éticos e legais, para a realização de pesquisas com seres humanos, foram cumpridos todos os requisitos preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CEP/CCS/UFPB), sob parecer 1.133.104 e CAAE: 45808015.4.0000.5188. Sendo respeitado o princípio da autonomia e sigilo, principalmente no que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento indispensável para que se possa realizar pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 mostra a análise da escala BES. Pode-se observar uma maior média relacionada às experiências negativas (20,74) por parte dos cuidadores, o que refletiu em bem-estar total, com média negativa (-1,13).

Tabela 1 - Classificação da Escala de Bem-Estar Subjetivo. João Pessoa-PB, Brasil, 2017. (n=151)

Bem-Estar	Média	Desvio padrão
Positivo	0,30	7,28
Afetos positivos	16,60	3,91
Experiências positivas	16,30	4,60
Negativo	-7,46	4,89
Afetos negativos	13,28	3,28
Experiências negativas	20,74	3,78
BES Geral	-1,13	5,93

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

O Bem Estar Subjetivo (BES) engloba um conjunto de fenômenos que incluem respostas emocionais, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação de vida (SPOSITO, et al., 2010). Percebe-se que os cuidadores apresentaram uma média alta de experiências negativas. Em estudo realizado na Índia com cuidadores de pessoas acometidas por AVE, foi evidenciado um resultado semelhante, na qual foram identificados declínio no bem-estar emocional e físico, devido à incerteza e imprevisibilidade do tempo de cuidado, além de expectativas e necessidades não compreendidas pelos demais familiares (KATBAMNA, et al., 2017).

Em estudos que analisaram especialmente o período inicial depois da alta casa (BARBIC et al., 2014; VAN DONGEN; JOSEPHSSON; EKSTAM, 2014) identificaram que os cuidadores sentiam não ter vida própria nem espaço para descansar e prisioneiros na própria casa, sobretudo quando recebiam pouco apoio e precisavam desempenhar outros papéis, como no trabalho formal e em atividades domiciliares. Também se sentiam tristes, sobrecarregados e culpados por não terem força suficiente para fazer tudo (BASTAWROUS et al., 2015).

Uma revisão sistemática com meta-análise identificou que os cuidadores de pacientes com sequela de AVE mostraram o risco duplicado de apresentar sintomas psíquicos em relação à população geral, com prevalência global de 40,2% e 21,4% de depressão e sintomas de ansiedade, respectivamente (LOH et al., 2016). Em outro estudo quantitativo e comparativo, os autores concluíram que a depressão é relatada como mais intensa nos cuidadores do que nos indivíduos

vítimas de AVE, com uma faixa estimada de 30% a 52% (GONZALEZ; BAKAS, 2013).

Em estudo realizado na Suécia, os cuidadores apresentaram sofrimento psíquico, sendo observado que o bem-estar de cuidadores de pessoas com sequelas de AVE foi menor quando comparado a um grupo de não cuidadores (BERGLUND; LYTSY; WESTERLING, 2015). A desvalorização do cuidador informal é outro aspecto que provoca sentimentos negativos, como raiva, medo, tristeza, culpa, angústia, desespero, solidão e ideação suicida, os quais repercutem diretamente sobre o processo saúde-doença (BAKAS, et al., 2016).

As responsabilidades atribuídas ao cuidador podem limitar sua vida social e as atividades de lazer, o que prejudica seu bem-estar, a qualidade do cuidado e a recuperação e a reintegração do paciente na sociedade. Cuidadores que recebem mais apoio social conseguem administrar bem suas atividades pessoais, o que é fundamental para continuar a desempenhar seu papel (QUINN; MURRAY; MALONE, 2014).

O estudo de Bakas (2016) evidenciou que as principais necessidades dos cuidadores após a alta hospitalar são informações sobre o AVE, como fatores de risco, a probabilidade de outros episódios, ação das drogas eficazes para prevenir a recorrência e ajudar na recuperação, bem como o tempo para se recuperar. Algumas semanas após a alta, as prioridades são gerenciar as emoções e os comportamentos do paciente - como sentimentos, mudanças de personalidade, cognição, comunicação e atividades sociais. A necessidade de habilidades para dar assistência física e instrumental (medicamentos, dieta, exercícios, mobilidade, AVDs, finanças, questões legais de saúde, transporte e cuidados temporários) é estável ao longo do tempo, e as necessidades pessoais do próprio cuidador (emoções, atividades sociais e de saúde) aumentaram com o tempo.

Por essa razão, é importante realizar intervenções específicas de enfermagem com a família, durante a alta hospitalar, a pós-alta imediata e ao longo do tempo, com terapias psicoeducativas, treinamento de habilidades e aconselhamento terapêutico, que ajudarão a diminuir a ansiedade e a sobrecarga e a se ter um desfecho mais favorável. Estudos têm revelado que as necessidades dos cuidadores não são estáveis durante as diferentes fases depois da ocorrência do AVE (CAMERON et al., 2013; TSAI et al., 2015).

Com relação a associação das características sociodemográficas do cuidador com a dimensão “Experiência” da escala BES, não houve associação significativa nenhuma das variáveis sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda, com o valor de $p > 0,05$. (Tabela 2).

Tabela 2 – Associação entre a dimensão “Experiência” da escala de BES e as características sociodemográficas do cuidador. João Pessoa-PB, Brasil, 2017. (n=151)

Características sociodemográficas	Experiência positiva					Experiência negativa				
	Baixa		Alta		p-valor	Baixa		Alta		p-valor
Sexo	F	%	F	%		F	%	F	%	
Feminino	48	84	33	70	0,10	49	82	3	73	0,28
Masculino	9	16	14	30		11	18	33	27	
Faixa Etária	F	%	F	%	0,83	F	%	F	%	0,35
18 à 29 anos	5	71	2	29		3	28	5	62	
30 à 42 anos	17	61	11	39		20	71	8	29	
43 à 55 anos	16	55	13	45		16	56	13	44	
56 à 65 anos	10	45	12	55		12	52	11	48	
66 à 80 anos	6	50	6	50		5	38	8	62	
Igual ou maior que 80 anos	3	50	3	50	4	57	3	43		
Estado civil	F	%	F	%	0,09	F	%	F	%	0,65
Solteiro	20	69	9	31		15	51	14	49	
Casado	31	48	34	52		41	59	28	41	
Víuvo	3	100	0	0		1	33	2	67	
Divorciado	3	43	4	57		3	43	4	57	
Escolaridade	F	%	F	%	0,71	F	%	F	%	0,07
Analfabeto	3	43	4	57		4	50	4	50	
Alfabetizado	2	29	5	71		5	71	2	29	
1-4 anos de estudos	9	56	7	54		8	47	9	53	
5-8 anos de estudos	18	58	13	42		12	38	20	63	
9-11 anos de estudos	13	62	8	38		16	76	5	24	
> 12 anos de estudos	12	55	10	45	15	65	8	35		
Renda familiar	F	%	F	%		F	%	F	%	
Até R\$ 880,00	9	47	10	53		9	45	11	55	

De R\$ 881,00 - R\$ 1760,00	9	50	9	50	0,30	11	58	8	42	0,92
De R\$ 1761,00 - R\$ 2640,00	1	20	4	80		4	67	2	33	
De R\$ 2641,00 - R\$ 3520,00	2	40	3	60		3	60	2	40	
De R\$ 3521,00 - R\$ 4400,00	0	0	0	0		0	0	0	0	
Mas de R\$ 4401,00	0	0	0	0		0	0	0	0	
Renda individual	F	%	F	%		F	%	F	%	
Até R\$ 880,00	45	59	31	41	0,30	42	54	36	36	0,92
De R\$ 881,00 - R\$ 1760,00	9	50	9	50		11	58	8	42	
De R\$ 1761,00 - R\$ 2640,00	1	20	4	80		4	67	2	33	
De R\$ 2641,00 - R\$ 3520,00	2	40	3	60		3	60	2	40	
De R\$ 3521,00 - R\$ 4400,00	0	0	0	0		0	0	0	0	
Mas de R\$ 4401,00	0	0	0	0		0	0	0	0	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

No que concerne a dimensão "Afeto" foi evidenciado uma associação estatisticamente significativa (valor de $p > 0,05$) apenas com a variável faixa etária e a dimensão Afeto Positivo ($p=0,008$), mostrando que os jovens apresentaram menor nível de afeto positivo em relação aos mais velhos. As outras características sexo, estado civil, escolaridade e renda não mostraram associação com "Afeto".

Tabela 3 – Associação entre a dimensão "Afeto" da escala de BES e as características sociodemográficas do cuidador. João Pessoa-PB, Brasil, 2017. (n=151)

Características sociodemográficas	Experiência positiva					Experiência negativa				
	Baixa		Alta		p-valor	Baixa		Alta		p-valor
Sexo	F	%	F	%		F	%	F	%	
Feminino	44	52	40	48	0,84	48	56	34	44	0,43
Masculino	12	50	12	50		15	65	8	35	
Faixa Etária	F	%	F	%	0,008*	F	%	F	%	
18 à 29 anos	7	88	1	12		2	25	6	75	
30 à 42 anos	16	57	12	43		16	59	11	41	
43 à 55 anos	9	31	20	69		18	62	11	38	
56 à 65 anos	15	65	8	35		14	64	8	36	

66 à 80 anos	8	62	5	38		5	42	7	58	
Igual ou maior que 80 anos	1	14	6	86		6	86	1	14	
Estado civil	F	%	F	%		F	%	F	%	
Solteiro	18	62	11	38	0,32	14	48	15	52	0,64
Casado	32	46	37	54		41	62	25	38	
Víuvo	1	33	2	67		2	67	1	33	
Divorciado	5	71	2	29		4	57	3	43	
Escolaridade	F	%	F	%		F	%	F	%	
Analfabeto	3	38	5	62	0,87	8	100	0	0	0,05
Alfabetizado	3	43	4	57		4	57	3	43	
1-4 anos de estudos	8	47	9	53		8	50	8	50	
5-8 anos de estudos	17	53	15	47		14	44	18	56	
9-11 anos de estudos	11	52	10	48		14	74	5	26	
> 12 anos de estudos	14	61	9	39		13	57	10	43	
Renda familiar	F	%	F	%		F	%	F	%	
Até R\$ 880,00	9	45	11	55		9	47	10	53	
De R\$ 881,00 - R\$ 1760,00	26	61	17	39		28	62	18	38	
De R\$ 1761,00 - R\$ 2640,00	11	44	14	66	0,76	15	63	9	37	0,79
De R\$ 2641,00 - R\$ 3520,00	4	44	5	56		6	67	3	33	
De R\$ 3521,00 - R\$ 4400,00	3	50	3	50		3	50	3	50	
Mas de R\$ 4401,00	3	60	2	40		2	40	3	60	
Renda individual	F	%	F	%		F	%	F	%	
Até R\$ 880,00	41	53	37	47		44	59	31	41	
De R\$ 881,00 - R\$ 1760,00	9	47	10	53		10	53	9	47	
De R\$ 1761,00 - R\$ 2640,00	3	50	3	50		4	67	2	33	
De R\$ 2641,00 - R\$ 3520,00	3	60	2	40	0,96	3	60	2	40	0,932
De R\$ 3521,00 - R\$ 4400,00	0	0	0	0		0	0	0	0	
Mas de R\$ 4401,00	0	0	0	0		0	0	0	0	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

O cuidado pode ser bem estressante, podendo afetar o bem-estar físico e psíquico dos cuidadores quando é realizado sem orientação e treinamento. Os cuidadores familiares estão sujeitos a desenvolver problemas como depressão, ansiedade e distúrbios do sono o que reduz a sua qualidade de vida e conseqüentemente o seu bem-estar. Esses aspectos prejudicam a saúde do cuidador e assim favorecem o surgimento e/ou agravamento de patologias relacionado ao cuidado exaustivo (COSTA, et. al., 2016).

De acordo com Oliveira, et. al. (2015), sentir-se seguro na prestação do cuidado aumentar o bem-estar do cuidador. Estabelecer uma rede de suporte aos cuidadores pode minimizar o sofrimento experienciado e facilitar nos cuidados ao paciente. Diante disso, a utilização de estratégias de enfrentamento pode ser relevantes para redução da sobrecarga e do estresse nesses cuidadores, como a busca por qualificação, o apoio social de familiares, colegas, amigos e profissionais de saúde, o fortalecimento da fé, a resolução dos problemas enfrentados e a organização hábil do tempo, de modo a destinar momentos para o autocuidado e o lazer (KUMAR; KAUR; REDDEMMA, 2015). Além disso, faz-se necessária a promoção do autocuidado nesses indivíduos, uma vez que muitos priorizam a prestação de cuidados ao familiar dependente em detrimento do cuidado com a própria saúde, provocando o adoecimento (COUTO; CASTRO; CALDAS, 2016).

Em relação ao sexo cuidador, a presente pesquisa não mostrou associação com nenhuma das dimensões da escala BES. Porém, segundo (COSTA, et al.; 2015) a mulher acumula vários papéis ao longo da vida, tanto na sociedade quanto nos cuidados com os filhos, o esposo, e os afazeres domésticos, com isso são mais vulneráveis à mudanças de sentimentos.

Quanto a idade, houve associação significativa com afeto positivo ($p= 0,008$). Pesquisas revelam que os cuidadores mais jovens se sobrecarregam mais do que os mais velhos. Isso se justifica porque, em muitas circunstâncias, eles têm que conciliar suas atividades diárias, que também são de sua competência, como trabalhar, cuidar da casa e dos filhos, com o cuidado prestado à pessoa dependente, e isso ocasiona um acúmulo de papéis. Porém as repercussões físicas parecem ser maiores em cuidadores com idade mais avançada, como mostrou um estudo realizado no Brasil, em que os cuidadores mais

velhos apresentaram a pior QVRS nos domínios da capacidade funcional e da dor (COSTA et al, 2015).

No que se refere a escolaridade e a renda, nesse estudo não houve associação entre essas variáveis e a escala de BES. Entretanto, o baixo grau de escolaridade é considerado um fator importante e, na maioria das vezes, relaciona-se à baixa renda, o que resulta em prejuízos financeiros que sobrecarregam, significativamente, o cuidador, porque cuidar de outros sugere o provimento de necessidades básicas - quais sejam, alimentação, realização de atividades físicas e necessidades específicas, como aquisição e compra de medicamentos. Portanto, a limitação de recursos financeiros pode traduzir-se em fator gerador de estresse para o cuidador (COSTA et al., 2015).

Alguns autores também ressaltam que a falta de conhecimento e de informação sobre o ato de cuidar, muitas vezes vinculada ao baixo nível de escolaridade, pode desencadear no cuidador sentimentos de ansiedade e de angústia que repercutem negativamente no cuidado prestado e na própria saúde do cuidador (JEONG et al., 2015). Em virtude disso, é importante que o enfermeiro conheça o nível de escolaridade do cuidador e do paciente, para que possa transmitir as informações da forma mais clara possível.

É necessário a implementação de estratégias que reduzam os níveis de estresse e favoreçam o aumento do bem-estar dos cuidadores. Na esfera mais ampliada de cuidado, também seriam imprescindíveis algumas transformações para determinar na melhoria desse cenário, como a criação de uma política de saúde e de assistência social voltada a essa população que estabeleça de forma clara a o cuidado ao cuidador (COSTA et al., 2021).

CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a associação entre as características sociodemográficas e o bem-estar de cuidadores de pessoas idosas com sequelas de AVE. O estudo evidenciou uma média alta de experiências negativas, o que contribuiu para elevação da média global. Além disso, foi identificado uma associação entre a dimensão "afeto positivo" da BES com a idade dos cuidadores, revelando que os

cuidadores mais jovens apresentam menor nível de afeto positivo em relação aos mais velho.

Os cuidadores informais têm um trabalho árduo, mas importante, na reabilitação, integração social e motivação para a pessoa que está sob seus cuidados. Todavia, torna-se árduo prestar cuidados qualificados quando se experimentam mudanças negativas na vida, como o surgimento de alterações psíquicas e conseqüente redução do bem-estar, como encontrado neste estudo.

Este estudo tem implicações em nível governamental, no sentido de levantar reflexões complacentes acerca da figura do cuidador para sociedade, profissionais de saúde e da educação, bem como para as próprias famílias. O planejamento, implementação e incorporação de uma política e diretrizes de intervenções devem ser considerados a fim de satisfazer as necessidades físicas, emocionais, sociais e financeiras de cuidadores informais.

As limitações do estudo estão relacionadas ao delineamento transversal, por não permitir estabelecer relação de causa e efeito entre as variáveis investigadas. Além disso, os resultados restringem-se a uma região geográfica do Brasil, os quais apresentam cultura e costumes específicos que podem influenciar nas respostas dos instrumentos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. S. et al. O lado paralelo do cuidar desvelado pelas representações dos cuidadores de adoecidos após acidente vascular cerebral. **Rev Bras Cienc Saúde**. v. 18, n. 2. p. 109-14, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/14105/12914>

BAKAS, T. et al. Tracking Patterns of Needs During a Telephone Follow-up Program for Family Caregivers of Persons with Stroke. **Disabil Rehabil**. v. 38, n. 18, p. 1780-1790, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26680007/>

BARBIC, S. P. et al. Emotional vitality in family caregivers: Content validation of a theoretical framework. **Qual Life Res**. v. 23, n. 1, p. 2865-2872, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24853533/>

BASTAWROUS, M. et al. Adult daughters providing post-stroke care to a parent: a qualitative study of the impact that role overload has on lifestyle, participation and family relationships. **Clin Rehabil**. v. 29, n.1, p. 592-600, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25258424/>

BERGLUND, E.; LYTSY, P.; WESTERLING, R. Health and wellbeing in informal caregivers and non-caregivers: a comparative cross-sectional study of the Swedish a general population. **Health Qual Life Outcomes**. v.13, n.109, 2015. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0309-2>

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/12 de outubro de 1996. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos**. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **DATASUS - Sistema de informações hospitalares do SUS**. 2016[citado em 2018 mar. 08]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060502>

CAMERON, J. et al. Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study using the timing it right framework. **Disabil Rehabil**. v. 35, n. 4, p. 315-24, 2013. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638288.2012.691937>

COSTA, T. F. et al. Ansiedade, depressão, estresse e bem-estar em cuidadores de pessoas com sequelas de acidente vascular encefálico. **Rev Min Enferm**. 2021;25:e-1383. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100238

COSTA, T. F. et al. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. **Rev. Bras. Enferm**. v. 69, n.5, p.933-939, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rk5zWGTKsQwK4R5349FQZCj/?lang=pt>

COSTA, T. F. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. **Esc. Anna Nery**. v. 19, n.2, p. 350-355, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bnzV8K8gpk3PLcrfxpjMyC/?lang=en&format=pdf>

COUTO, A.M.; CASTRO, E. A. B.; CALDAS, C.P. Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the environment. **Rev Rene**. v.17, n.1, p.76-85, 2016. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/2608/1996>

DUNBAR, S. B. et al. Projected Costs of Informal Caregiving for Cardiovascular Disease: 2015 to 2035. **Circulation**. v. 137, n. 19, p. 00-00, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324361597_Projected_Costs_of_Informal_Caregiving_for_Cardiovascular_Disease_2015_to_2035_A_Policy_Statement_From_the_American_Heart_Association

GONZALEZ, C.; BAKAS, T. Factors associated with stroke survivor behaviors as identified by family caregivers. **Rehabilitation Nurses**. v. 38, n. 4, p.

202-211, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3707942/>

HAN, Y. et al. Chinese family caregivers of stroke survivors: Determinants of caregiving burden within the first six months. **J Clin Nurs**. v. 26, n. 23, p. 4558-4566, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28252843/>

KATBAMNA, S, et al. Balancing satisfaction and stress: carer burden among White and British Asian Indian carers of stroke survivors. **Ethn Health**. v.22, n.4, p.425-41, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/309185255_Balancing_satisfaction_and_stress_care_r_burden_among_White_and_British_Asian_Indian_carers_of_stroke_survivors

KUMAR, R.; KAUR, S.; REDDEMMA, K. Burden and coping strategies in caregivers of stroke survivors. **J Neurol Neurosc**. v.6, n.1, p.1-5. Disponível em: <https://www.jneuro.com/neurology-neuroscience/burden-and-coping-strategies-in-caregivers-of-stroke-survivors.php?aid=6964>

LOH, A. Z. et al. The Global Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms Among Caregivers of Stroke Survivors. *J Am Med Dir Assoc*. v. 18, n. 2, p. 111-116, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27742585/>

LOREIRO, L. S. N, et al. Percepção de enfermeiras sobre a tensão do papel de cuidador. **Rev. Baiana de Enferm**. v. 29, n. 2, p. 164-171, 2015. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12596/pdf_122

MAIA, M. F. M. et al. Verificação empírica da consistência fatorial do inventário de bemestar subjetivo MUNSH em jovens brasileiros. **Psicol. pesq**. v. 10, n. 2 p. 76-84, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472016000200010

MCLENNON, S. M. T. et al. Task difficulty and life changes among stroke family caregivers relationship to depressive symptoms. **Archive of Physical Medicine and Rehabilitation**. v. 95, n. 12, p. 2484-2490, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241185/>

MUSUKA, T. D, et al. Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**. v. 187, n. 12, p. 887-893, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4562827/pdf/1870887.pdf>

OLIVEIRA, W. T. et. al. Avaliação do bem-estar de cuidadores familiares de adultos com neoplasia maligna no âmbito domiciliar. **Rev. Eletr Enf**. v. 17, n.2, p:340-9, 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28714/19587>

PELICIONI, M. C. X. et al. Functional versus Nonfunctional Rehabilitation in Chronic Ischemic Stroke: Evidences from a Randomized Functional MRI Study. **Neural Plasticity**, v. 2016, p. 10, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709724/>

PUCCIARELLI, G. et al. Roles of Changing Physical Function and Caregiver Burden on Quality of Life in Stroke A Longitudinal Dyadic Analysis. **Stroke**, v. 48, n.3, p. 733-739, 2017. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STROKEAHA.116.014989>

QUINN, K.; MURRAY, C.; MALONE, C. Spousal experiences of coping with and adapting to caregiving for a partner who has a stroke: a meta-synthesis of qualitative research. **Disabil Rehabil**. v. 36, n. 3, p. 185–198, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09638288.2013.783630>

SPOSITO, G. et al. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. **Braz. J. Phys. Ther.** v. 14, n. 1, p. 81-9, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbfis/a/pKrKtqjNpBqzLyZf6ctymNd/?lang=pt>

TSAI, P. C. et al. Needs of family caregivers of stroke patients: a longitudinal study of caregivers' perspectives. **Patient preference and adherence**. v. 9, p. 449-457, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4370911/pdf/ppa-9-449.pdf>

VAN DONGEN, I.; JOSEPHSSON, S.; EKSTAM, L. Changes in daily occupations and the meaning of work for three women caring for relatives post-stroke. **Scand J Occup Ther.** v. 21, n. 5, p. 348–358, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24853697/>

INSTRUMENTO INTERDISCIPLINAR PARA **DIAGNÓSTICO** **DA SARCOPENIA EM** **IDOSOS: UMA REVISÃO** INTEGRATIVA

SUELANE RENATA DE ANDRADE SILVA

Nutricionista e Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal - PE da Universidade Federal de Pernambuco- PE, Doutoranda em Enfermagem na UFPB, suelaneandrade3@gmail.com

LILIAN GUERRA CABRAL DOS SANTOS

Nutricionista e Mestre em Gerontologia pela Universidade Federal - PE, lilian_guerra@gmail.com

SANNI MORAES DE OLIVEIRA

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, sannidsm@gmail.com;

KYDJA MILENE SOUZA TORRES DE ARAÚJO

Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem UPE e Mestre em Gerontologia pela UFPE. Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. E-mail: kydjamileny@hotmail.com;

RESUMO

Objetivo: identificar as evidências científicas sobre a utilização do SARC-F como instrumento na identificação de sarcopenia,, mediante estudos disponíveis na literatura nacional e internacional. **Métodos:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura. Foram incluídos os artigos originais, disponíveis eletronicamente, publicado desde seu surgimento em 2013, em idiomas português, espanhol ou inglês com pré-idosos a partir de 50 anos. A busca dos artigos foi realizada utilizando os descritores "**screening**" e **sarcopenia**" nas bases de dados Lilacs, Medline, BDNF, SCOPUS e PubMed. Para análise crítica dos artigos pré-selecionados, foram aplicados dois instrumentos: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). **Resultados:** Foram encontrados 16 estudos, nacionais e internacionais, a maioria no continente asiático (China, Hong Kong, Japão, Taiwan e Singapura), além da América (Estados Unidos, México e Brasil) e Europa (Alemanha e França). Em relação ao propósito do estudo sete, (43,8%) foram de validação (Brasil, França, Japão, México, Hong Kong, Estados Unidos e Taiwan). **Discussão:** É um instrumento recente de avaliação de sarcopenia utilizado em diversos países com adaptações e validações conferindo ao SARC-F uma vantajosa característica de comparabilidade internacional. A maioria dos estudos de validação demonstraram alta especificidade do instrumento frente aos consensos, embora a sensibilidade tenha sido baixa, quando o SARC-F foi associado à circunferência de panturrilha a sensibilidade foi aumentada. **Conclusão:** O instrumento SARC-F mostrou-se eficaz na proposta de realizar a triagem de sarcopenia em idosos. Além disso, é prático, rápido, e baixo custo e acessível principalmente para serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Idoso, Sarcopenia, Rastreamento.

INTRODUÇÃO

A sarcopenia é uma síndrome associada ao envelhecimento humano, caracterizada por declínio progressivo da massa e força muscular esquelética, que pode levar à diminuição da funcionalidade (ALEXANDRE, et al, 2018). Está associada à maior fragilidade, aumento do risco de quedas e fraturas, dificuldade na execução das atividades de vida diária, incapacidade funcional, dependência, prolongamento das internações, redução da qualidade de vida e maior predição à morte (BARBAT-ARTIGAS, *et al.*, 2014; BARBOSA-SILVA, et al, 2016). Tanto que em 2016, a sarcopenia foi incorporada ao Código internacional de doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como situação negativa para a saúde do idoso.

Estima-se que após os 50 anos, a perda de massa muscular anual é de 1%, da velocidade de marcha de 2% e da força medida pela prensão palmar de 1,9 a 5,0%. Essa redução de massa muscular atinge aproximadamente 20% das mulheres. A prevalência de sarcopenia varia de 4,6% a 21,8% na idade a partir de 60 anos, sendo maior nas mulheres e nos mais idosos (BAUMGARTNER et al, 1998). No entanto, o diagnóstico da sarcopenia é difícil ser realizado pela ausência de consenso amplamente aceito em relação aos critérios diagnósticos e à ausência de um padrão ouro.

A sarcopenia foi inicialmente definida por Rosenberg em 1989 como a perda de massa muscular global ao longo do envelhecimento (BARBOSA-SILVA, et al, 2016). Baumgartner, em 1998, definiu critérios diagnósticos por meio da mensuração da massa muscular apendicular calculada por equações de correção de altura e massa gorda após identificação da massa muscular por densitometria óssea. A redução de força e do desempenho físico foram incluídos como componentes da sarcopenia pelo Grupo Europeu de Trabalho com Pessoas Idosas (EGWSOP), em 2010 (CRUZ-JENTOFT; BAEYENS; BAUER, 2010). Para tanto, classificou a redução de massa muscular isolada como pré-sarcopenia; da massa muscular associada à redução de força ou desempenho físico, como sarcopenia moderada; e severa quando há a redução dos 3 associados (massa muscular, força e desempenho físico) (CHEN; LIU; WOO, 2014)

A densitometria óssea é a base para a medida de massa muscular de todos os consensos, mas o acesso é prejudicado pelo custo

e o resultado é limitado em idosos com excesso de peso. Embora se disponha de outros métodos como a bioimpedância elétrica, antropometria, ultra-som e tomografia, na maioria das vezes torna-se inviável em populações por apresentar complexidade, custo elevado, tempo para execução e necessitar de profissionais altamente especializadas, dificulta o diagnóstico da sarcopenia na atenção básica. (FIELDING, 2011; DIZ et al., 2017)

Nesse contexto, o questionário SARC-F foi desenvolvido em 2013 como um possível teste de triagem para sarcopenia, autoaplicável com apoio de profissional de saúde bem treinado (MALMSTROM; MORLEY, 2013a). O instrumento apresenta 5 componentes: Streng (S): força; Assistance in walking (A): assistência com a caminhada; Rise from a chair (R): levantar-se de uma cadeira; Climb stairs (C): subir escadas e Falls (F): quedas. Cada componente pode variar de 0 a 2 pontos, de acordo com o grau de dificuldade com escore total de 0 a 10. Se o score ≥ 4 , o idoso apresenta-se como sarcopênico.

O impacto da sarcopenia na saúde do idoso, o processo de envelhecimento populacional acelerado e a necessidade de recursos acessíveis para o diagnóstico da sarcopenia em populações é crucial para realização de intervenção o mais precoce possível para otimização da saúde do idoso. Nesse sentido, esse estudo objetiva identificar as evidências científicas sobre a utilização do SARC-F como instrumento na identificação de sarcopenia, mediante estudos nacionais e internacionais disponíveis na literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), construída com a finalidade de buscar as evidências científicas para aprofundamento dos resultados dos estudos a respeito da utilização e argumentação do instrumento SARC-F como ferramenta investigatória.

Para o desenvolvimento desta revisão foram percorridas 6 etapas (GALVÃO, 2006; SOUZA, 2017): 1) Identificação do tema e elaboração da questão norteadora da pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5) Interpretação dos resultados; e 6) Síntese do conhecimento.

A escolha do tema “Sarcopenia” foi impulsionado por ser um advento presente em pessoas idosas de grande impacto na qualidade de vida. Para orientar o estudo formulou-se a seguinte questão norteadora: quais as evidências científicas para uso do instrumento SARC-F para identificação de sarcopenia em pessoas idosas?

Adotaram-se como critérios de inclusão: ser artigo original; responder à questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, ter sido publicado no recorte temporal dos últimos 5 anos nos idiomas português, espanhol ou inglês; ter população de estudo composta por pré-idosos a partir de 50 anos idosos e/ou idosos a partir de 60 anos (MORLEY, 2011)

Em relação ao critério de delimitação do tempo, o recorte a partir de 2013 justifica-se pelo instrumento SARC-F ter sido publicado neste ano. Optou-se pela população de pré-idosos a partir de 50 anos porque é a partir dessa idade que se inicia uma diminuição da massa muscular podendo chegar até a 40% (CEDERHOLM; MORLEY, 2014). Foram excluídos estudos repetidos em mais de uma base de dados, estudos do tipo dissertação, tese, literatura, carta ao editor, estudo reflexivo, relato de experiência e resumo de congresso.

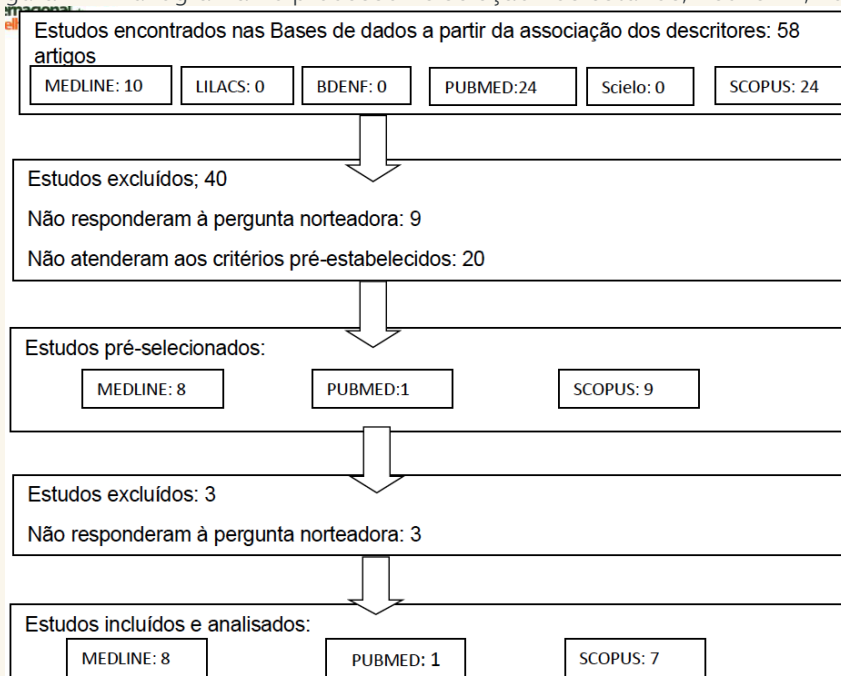
A busca dos artigos ocorreu do dia 01 de julho a 04 de agosto de 2019 e abrangeu as seguintes bases de dados eletrônicas: Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e BDNF (Base de dados em Enfermagem). Também foram realizadas buscas na SciELO (biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online), SCOPUS e PubMed (National Library of Medicine and National Institutes of Health).

No processo de amostragem foram empregados descritores padronizados de acordo com cada base de dados, mediante consulta no Medical Subject Headings (MeSH), para buscas na PubMed e SCOPUS, e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para buscas na LILACS. Foi realizado um cruzamento entre os descritores “screening” e “rastreamento” associados ao “sarcopenia” por meio do operador **Booleano** “AND” Para análise crítica dos artigos pré-selecionados, foram aplicados dois instrumentos: Critical Appraisal Skill Programme (CASP) e Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ) (GALVÃO, 2006; SOUZA, 2017). Ambos têm como objetivo: analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão integrativa.

O CASP é um instrumento que classifica os artigos a partir da avaliação de 10 itens: 1) objetivo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra, 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade para discutir os resultados e 10) contribuições e limitações da pesquisa. Ao final do instrumento o estudo foi classificado em nível A (6 - 10 pontos) - boa qualidade metodológica e viés reduzido; B (≤ 5 pontos) - qualidade metodológica satisfatória, mas com risco de viés considerável). Nesta revisão foram selecionados apenas os artigos classificados em nível A.

O AHRQ é uma avaliação que classifica os estudos em 7 níveis de acordo com o nível de evidência: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; (6) único estudo descritivo ou qualitativo e (7) evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialidades. Foram excluídos da amostra os estudos correspondente ao nível 7 do AHRQ.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos, Recife PE, 2020.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2020.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 apresenta a distribuição dos 16 estudos, nacionais e internacionais, todos escritos em língua inglesa. Com relação ao delineamento, 9 (56%) apresentaram desenho transversal, sendo 1 derivado de um longitudinal, 4 coortes (25%), 2 observacionais (12,5%) e 1 do tipo antes e depois (6,2%). A maioria das pesquisas foi realizada no continente asiático (China, Hong Kong, Japão, Taiwan e Singapura). Também foram identificados estudos conduzidos na Europa (Alemanha e França) e na América (Estados Unidos, México e Brasil). Em relação ao propósito do estudo é importante mencionar que sete, (46,6%) foram de validação do instrumento no país ou região (Brasil, França, Japão, México, Hong Kong, Estados Unidos e Taiwan). Sendo a primeira realizada em Hong Kong em 2014, a maioria datam do ano de 2016 (71,4%) e o mais recente em 2019, na China.

abordado pessoas a partir de 50 anos. Dentre os trabalhos dedicados a avaliação da sarcopenia a partir do instrumento SARC-F com amostras populacionais, 8 (50%) tiveram a população elegível na comunidade. Dois deles ocorreram em Hong Kong, utilizaram a mesma amostra para análise, o maior número de participantes e exclusivamente pessoas com 60 anos ou mais. Somado a estes dois, 7 apresentaram sua população extraída da comunidade (um total de 43,8%). No entanto, houve 3 estudos realizados no Japão em grupos populacionais específicos, um em doentes cardiovasculares e dois em diabéticos. Em relação ao sexo, 87,5% utilizaram ambos. O estudo alemão investigou exclusivamente homens e o francês, mulheres.

Quadro 1: Caracterização dos artigos selecionados na revisão integrativa. Recife – PE, 2020.

Autor	Periódico/ Ano	Local/ Idioma	Objetivo	População de estudo
L. Cao et al.	J Nutr Health Aging, 2014 SCOPUS	China/ Inglês	Explorar a aplicação do SARC-F na população chinesa (originários da comunidade, ambulatórios, largeriátrico e alas degeriatria	230 participantes com idade ≥ 65 anos.
J. Woo et al.	JAMDA, 2014 SCOPUS	Hong Kong/ Inglês	Comparar o diagnóstico de sarcopenia usando o SARC-F com o 3º consenso de definição de sarcopenia da Europa, dos Estados Unidos e da Ásia. Examinando os limitações físicas após 4 anos, a velocidade de caminhada e suporte de cadeira, como parâmetros para avaliação dos resultados.	4000 idosos ≥ 65 anos da comunidade
J. Woo et al.	JAMDA, 2015 SCOPUS	Hong Kong/ Inglês	Comparar o desempenho de diferentes diagnósticos de sarcopenia (Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas, Grupo de Trabalho Internacional sobre Sarcopenia e os critérios da US Foundation of National Institutes of Health –FNIH) e a ferramenta de triagem SARC-F, com o grupo de trabalho asiático.	4000 idosos ≥ 65 anos da comunidade
J. Woo et al.	JAMDA, 2015 SCOPUS	Hong Kong/ Inglês	Explorar a viabilidade de utilização da escala FRÁGIL na triagem comunidade de chineses mais velhos, seguido de validação clínica por avaliação geriátrica abrangente dos idosos considerados frágeis e pré- frágeis.	816 membros em Centros de Idosos ≥ 65 anos.
T. K. Malmstrom et al.	Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle, 2016; SCOPUS	Estados Unidos/ Inglês	Avaliar a validade da consistência interna, do constructo e da validade fatorial do SARC-F nos seguintes estudos: estudo Africano-Americana da Saúde(AAH), Baltimore Longitudinal Study of Envelhecimento (BLSA) e Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição (NHANES).	998 Indivíduos de 49 a 65 anos.
Anthon y P. Liccini BS; T. K. Malmstrom.	JAMDA, 2016; MEDLINE	Estados Unidos / Inglês	Examinar as taxas de fragilidade e sarcopenia e os desfechos em saúde em 6 meses em uma amostra baseada em clínicas de pacientes com diabetes.	128 participantes entre 50 e 90 anos com diabetes mellitis
Wu et al.	JAMDA, 2016 MEDLINE	Taiwan/ Inglês	Avaliar a validação da triagem da sarcopenia usando o SARC-F	670 pessoas idosas ≥ 55 anos da comunidade

Autor	Periódico/ Ano	Local/ Idioma	Objetivo	População de estudo
Barbos a Silva et al.	JAMDA, 2016 MEDLINE	Brasil/ Inglês	Validar a versão traduzida em português do questionário SARC-F e separar sua performance quanto a triagem e avaliação de função muscular.	179 idosos idosos ≥ 60 anos da comunidade
Parra-- Rodríguez et al.	JAMDA, 2016 MEDLINE	México/ Inglês	Adaptar e validar a versão espanhola do SARC-F em idosos da comunidade.	487 pessoas idosas ≥ 60 anos vivendo em 2 cidades no sul do México
Ida et al.	Aging ClinExp Res, 2016 MEDLINE	Japão/ Inglês	Criar uma versão japonesa do SARC-F para pacientes diabéticos e investigar sua confiabilidade e validade	207 pacientes diabéticos com idade ≥ 65 anos
Tanaka et al.	JAMDA, 2017 MEDLINE	Japão/ Inglês	Determinar se o SARC-F é um questionário útil para triagem de pacientes com deficiência na função física	235 pacientes ≥ 65 anos admitidos em nosso hospital para DCV
Tan et al.	JAMDA, 2017 MEDLINE	Singapura/ Inglês	Examinar se o SARC-F e a escala de Fragilidade de Edmonton são úteis como instrumentos na prática clínica para identificar pacientes em risco por resultados negativos em saúde que se beneficiariam com uma intervenção.	115 pacientes ≥ 65 anos do ambulatório do National University Hospital
Rolland et al.	JAMDA, 2017. MEDLINE	França / Inglês	Explorar se o SARC-F é um questionário válido como instrumento para triagem de sarcopenia e associá-lo à performance física fraca	3025 mulheres do estudo EPIDOS
Ida et al.	JAMDA; 2017 SCOPUS	Japão/ Inglês	Investigar a associação entre sarcopenia e comprometimento cognitivo leve em pacientes idosos com diabetes usando a versão japonesa do 5-Questionário do item (SARC-F-J).	250 participantes com idade ≥ 65 anos.
Kemmler et al.	Gerontology; 2017 SCOPUS	Alemanha/ Inglês	Comparar as definições de sarcopenia estabelecidas pelo Grupo de Trabalho sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas [EWGSOP], Fundação Nacional Instituto de Saúde [FNIH], Internacional e Grupo de Trabalho sobre Sarcopenia [IWGS] com o SARC-F.	74 participantes com idade ≥ 70 anos na comunidade
Min et al.	Braz J Med Biol; 2019	China/ Inglês	Identificar os valores de corte do questionário SARC-F e o escore de Ishii usando as variáveis idade, força de preensão e circunferência da panturrilha em pacientes idosos na China para comparar a precisão dos dois métodos e explorar sua capacidade preditiva de resultados adversos.	138 pacientes da enfermaria geriátrica com doenças crônicas não transmissíveis

Fonte: elaborado pelos autores, 2020

O SARC-F é um instrumento recente de avaliação de sarcopenia utilizado em várias localidades da Ásia, América e Europa, o que confere ao SARC-F uma vantajosa comparabilidade internacional. Mostrou-se promissor na identificação precoce da sarcopenia, essencial para a detecção de idosos de alto risco. Quanto mais breve o manejo intensivo e multidisciplinar da condição sarcopênica, maior o benefício em reduzir o risco de resultados adversos. A importância da investigação de sarcopenia em Gerontologia encontra-se em expansão, demonstrando-se a crescente preocupação não só com o papel dessa síndrome na Saúde do Idoso, mas principalmente pela multiplicação dos idosos, mediante processo de envelhecimento.

As prevalências de sarcopenia variaram de 6,1 a 44,3%, segundo o instrumento SARC-F (ROSENBERG, 1997; MORLEY, 2011; MALMSTROM; MORLEY, 2013b; PARRA-RODRÍGUEZ, 2016; KEMMLER, 2017; ROLLAND, 2017; PILLATT, 2018). Essas investigações foram realizadas tanto em indivíduos saudáveis quanto em indivíduos portadores de doença crônica, tanto vivendo na comunidade, internados em enfermarias de geriatria, como também em instituição de longa permanência. O local de moradia caracterizado por "lares geriátricos" quando comparados à população vivendo na comunidade também determinou maiores proporções para o rastreio positivo (IDA 2017b). É certo que o nível de movimentação física de quem vive na comunidade e desenvolve atividades no lar é superior a quem vive em lares geriátricos, ainda que haja atividades voltadas para idosos, pois, na maioria das vezes ocorrem em momentos pontuais.

Embora os elaboradores do instrumento originem-se da América, prevalece estudos populacionais de coorte no continente asiático, provavelmente por constituir-se de uma população maior de idosos, mais homogênea e maior cobertura à comunidade, haja vista a China apresente a maior população mundial e o Japão o maior contingente em idosos a nível global. Já o Brasil, que apresenta um Sistema Único de Saúde, população idosa em ascensão e compromisso com um envelhecimento ativo, a implantação do SARC-F como rotina na Atenção Básica e prática interdisciplinar constituir-se-ia uma medida de prevenção de suma importância, uma vez que minimiza resultados indesejáveis na saúde do idoso.

Nesse sentido, nos estudos de validação realizados, cinco deles demonstraram alta especificidade do instrumento SARC-F no que tange suas comparações frente aos consensos (MORLEY, 2011; PARRA-RODRÍGUEZ, 2016), como também boa correlação com os componentes isolados utilizados para avaliações de força e função ou desempenho físico (MILTON, 2002). É importante ressaltar que o diagnóstico da sarcopenia caminha para que a massa muscular tenha menor importância do que a força e desempenho físico, o que minimiza a obrigatoriedade de métodos como densitometria óssea e tomografia computadorizada para estimativa de massa muscular. (LEUNG; MORLEY, 2014; WOO; LEUNG; MORLEY, 2015a; WOO; LEUNG; MORLEY, 2015b; WOO; ALEXANDRE, et al, 2018)

Dito isto, o SARC-F apresentou vantagem em detrimento a todos os consensos no que se refere à maior aproximação da previsão de limitação física e em especial aos resultados adversos (KEMMLER, 2017).

Com relação à capacidade metodológica de triagem do SARC-F, embora os estudos de validação obtiveram elevada especificidade para o rastreio (MIN, 2019), a sensibilidade foi baixa. No Brasil, o SARC-F foi associado à circunferência de panturrilha, com valores de corte para inadequação se $CP \leq 33$ cm (mulheres) e $CP \leq 34$ cm (homens). Dessa forma, elevou-se a sensibilidade do método sem comprometer os demais parâmetros e recomendou-se que para utilização como uma ferramenta de triagem o SARC-F incluísse a avaliação de circunferência de panturrilha e nunca empregado de forma isolada.

Nesse contexto, o SARC-F quando comparado com outro instrumento de triagem (TANAKA, 2017), o escore de ishii, que utiliza medidas de circunferência de panturrilha e a força de preensão palmar, a principal característica reafirmada para o SARC-F foi o fato de sua alta especificidade prevenir investigações desnecessários e inconvenientes para quem não corre risco de sarcopenia. Embora o diagnóstico de sarcopenia frente aos consensos apresentar maior aproximação com o score de Ishi, todos os resultados adversos em saúde foram melhor identificados com o SARC-F, o que ainda significa maior otimização preventiva com o SARC-F, uma vez que os serviços de saúde não dispõem de dinamômetro para medida de força.

A fragilidade, síndrome geriátrica bastante investigada no contexto da sarcopenia (WOO, 2015; WU, et al, 2016), apresentou associação quando avaliada por meio do SARC- F. A prevalência de sarcopenia em idosos pré-frágeis e frágeis foi de 42,5% (KEMMLER, 2017). Enquanto que na sarcopenia a previsão de internamento prevista foi de até 2 anos, quando acumulada com fragilidade, esse internamento foi abreviado para 6 meses. Na combinação de fragilidade e comprometimento cognitivo a prevalência de sarcopenia também elevou-se para 63,7% (MALMSTROM; MORLEY, 2013b; ROLLAND, 2017). Isto ocorre porque, embora a variável seja mais subjetiva, agrega incapacidade nas atividades de vida diária (AVDs), relação esta já demonstrada por outros autores (KEMMLER, 2017; WOO; LEUNG; MORLEY, 2015a).

Em relação aos efeitos adversos, houve associação do SARC-F desde prejuízos nas AVDs e AIVDs¹⁵ e medo de quedas a hospitalizações e morte. Para as hospitalizações, a necessidade de emergência, ou de internamentos em até 6 meses, 2 ou 4 anos apresentou previsão maior pelo SARC-F. Já em relação à mortalidade, tanto entre 1 e 4 anos (MILTON, 2002;WU et al, 2016) quanto 4 e 7 anos, o SARC-F apresentou-se como método que mais se aproximou em relação às outras metodologias utilizadas (EWGSOP, IWSS, FNIH e SARC-F) (KEMMLER, 2017) por identificar maior número de comorbidades, aumento da necessidade de cuidador, de serviços de médicos especialistas, da utilização de polifármacos e de maior número de quedas e de suas conseqüências (ROLLAND, 2017).

A capacidade do SARC-F em demonstrar déficits de força e função musculares foram muito similares aos métodos já existentes, e os resultados dessas variáveis foram insatisfatórias nos portadores de sarcopenia, da mesma forma que é encontrada nos consensos. O desempenho ainda foi pior em mulheres com rastreio positivo a sarcopenia quando comparado aos homens (ROSENBERG, 1997; MALMSTROM; MORLEY, 2013b; ROLLAND, 2017; TAN, 2017; PILLATT, 2018). Recentemente, em 2019, a sociedade europeia que traz os critérios diagnósticos mais utilizados para sarcopenia ratifica a utilização do SARC-F como triagem para sarcopenia, principalmente em populações, o que assegura a importância do instrumento.

Percebe-se a importância da sarcopenia, a partir da observação do aumento das publicações, e dos esforços para a criação de

instrumentos simples (não só o SARC-F como a escala de Ishi) (MIN, 2019) que viabilizem a universalização em qualquer serviço que preste assistência aos idosos, com baixo custo, e racionalize os recursos, para que se direcione o idoso a um diagnóstico final apenas quando o rastreio for positivo. Além disso, implementá-lo de forma efetiva, e fazer valer esse conhecimento com mesmo compromisso e responsabilidade que apresenta uma ficha de notificação compulsória, já no primeiro atendimento do idoso no serviço de saúde.

Em relação às limitações, o instrumento precisa ser melhor avaliado para a população brasileira, que por sua vez, utiliza pontos de corte baseados na população europeia. Dessa forma, a ausência de consenso em relação ao diagnóstico da sarcopenia no Brasil, a ausência de um padrão-ouro avaliativo torna insuficiente a adequação do SARC-F e de qualquer outro instrumento. No entanto, por ser um rastreio, não dispensando a avaliação em conjunto com outros agravos como por exemplo o risco de quedas e a fragilidade, é possível traçar um prognóstico mais próximo à realidade do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos descritos, o instrumento SARC-F mostrou-se eficaz na proposta de realizar a triagem de sarcopenia em idosos, apresentando alta especificidade e a sensibilidade elevada quando em conjunto com a circunferência de panturrilha na população idosa brasileira, segundo as comparações realizadas entre os principais consensos que definem a sarcopenia. Além disso, apresentou associação tanto com redução de força e função muscular, como com os efeitos adversos como necessidade de atendimento de urgência, velocidade de marcha lenta, força de preensão palmar reduzida, aumento do tempo de hospitalização, quedas, fragilidade e doenças crônicas e mortalidade.

Diante da complexidade dos métodos utilizados para avaliação de massa muscular por densitometria óssea e força de preensão palmar por dinamometria, a grande vantagem do SARC-F é a possibilidade de realizá-lo de forma prática, rápida, com baixo custo e acessível para equipe interdisciplinar previamente treinada nos serviços de saúde que apresentam grande quantitativo de idosos e não dispõem de

tecnologia de ponta. Ainda que os serviços apresentem recursos para tal, a elevada especificidade decorrente da aplicação do instrumento com dispensaria a realização de investigações desnecessárias, inconvenientes e custosas para aqueles que não estão em risco.

Embora a sarcopenia apresente-se como assunto de interesse em diversas partes do mundo, o SARC-F apresente validações na América, Ásia e Europa e comparabilidade internacional garantida, sua prevalência e seu impacto na saúde do idoso, em geral, é uma condição negligenciada quando se trata de promoção, prevenção e recuperação de forma rotineira na Atenção a Saúde do Idoso, em todos os níveis de assistência. Sendo assim, para especificidades do segmento populacional com 60 anos ou mais, se faz necessário sistematizar a avaliação de sarcopenia nas avaliações multidimensionais da condição de saúde do idoso para possibilitar uma intervenção mais precoce, efetiva e integral.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, T.S; DUARTE, Y.A.O; SANTOS, L.F.S; LEBRÃO, M.L. 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. s.2, p.1- 12, 2018. Acesso em: 05.06.2020. < Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180009.supl.2>>.

BARBAT-ARTIGAS, S.; PION, C.H.; LEDUC-GAUDET, J.P. *et al.* Exploring the role of muscle mass, obesity, and age in the relationship between muscle quality and physical function. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.14, n.4, 303.e13–20, 2014. Acesso em: 05.06.2020. Disponível em: : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.008>>.

BARBOSA-SILVA, T.G; MENEZES, A.M; BIELEMANN, R.M *et al.* Enhancing SARC-F: improving sarcopenia screening in the clinical practice. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA), v.17, n.12, p.:1136-1141, 2016. Acesso em 05.06.2019 <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.08.004>>.

BAUMGARTNER, R.N.; KOEHLER, K.M.; GALLAGHER, D. *et al.* Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. **American Journal of Epidemiology**, v. 147, n.8, p, 755- 63, 1998; Acesso em 20.05.2019. < Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a009520>>.

CAO, L.; CHEN, S.; ZOU, C. et al. A pilot study of the sarc-f scale on screening sarcopenia and physical disability in the chinese older people. **The journal of nutrition, health & aging**, v.18, n.3, p.277-283, 2014. Acesso em 04.12.2019. < Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0410-3>>.

CEDERHOLM, T.; MORLEY, J.E. Sarcopenia: the new definitions. **Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care**, v.18, n.1, p.1-4, 2014, Acesso em 05.06.2010. < Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/MCO.000000000000119>>.

CHEN, L.K.; LIU, L.K.; WOO, J. *et al.* Sarcopenia in Asia: consensus report of the Asian Working Group for Sarcopenia. **Journal of the American Medical Directors Association**. v.15, n.2, p. 95-101, 2014. Acesso em 02.02.2020. < Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.11.025>>

CRUZ-JENTOFT, A.J.; BAEYENS, J.P.; BAUER, J.M. *et al.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. **Age Ageing**, v. 39, n.4, p.412-23, 2010. Acesso em 15.04.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afq034>>.

CRUZ-JENTOFT, A.J.; BAHAT, G., BAUER, J., et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age Ageing**, v. 48, n.1, p.16-31, 2020. Acesso em 05.07. 2020. <Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>>.

DENT, E., MORLEY, J.E., CRUZ-JENTOFT, A.J. *et al.* Physical Frailty: ICF SR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. **The journal of nutrition, health & aging**, v.23, p.771-787, 2019. Acesso em 05.06.2010, <Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1273-z>>.

DIZ, J.B.; LEOPOLDINO, A.A., MOREIRA, B.S; HENSCHKE, N.; DIAS, R.C.; PEREIRA, L.S. et al. Prevalence of sarcopenia in older Brazilians: a systematic review and meta- analysis. **Geriatr Gerontol Int**. v.17, n.1, p.5-16, 2017; Acesso em 02.04.2020. <Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.12720>>.

FIELDING, RA; VELLAS, B; EVANS, W.J. *et al.* Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.12, p.249-256, 2011. Acesso em 02.04.2020. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2011.01.003>>.

GALVÃO, C.M. Níveis de Evidência. Editorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.2, p.5, 2006. Acesso em 02.02.2019, <Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>>

IDA S; MURATA, K.; NAKADACHI, D. et al. Development of a Japanese version of the SARC-F for diabetic patients: an examination of reliability and validity.

Aging Clin Exp Res 29(5):935-9422017. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <http://dx.doi.org/doi:10.1007/s40520-016-0668-5>>

IDA, S.; NAKAI, M.; ITO, S., *et al.* Association between sarcopenia and mild cognitive impairment using the Japanese version of the SARC-F in elderly patients with diabetes. **J Am Med Dir Assoc**, v. 18n. 9, p. 809.e9–809.e13, 2017. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <http://doi.org/10.1016/J.JAMDA.2017.06.012>.

KEMMLER, W.; SIEBER, C.; FREIBERGER, E. et al. The SARC-F questionnaire: diagnostic overlap with established sarcopenia definitions in older german men with sarcopenia. **Gerontology**. v. 63, n.5, p. 411-416, 2017. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000477935>.

LICCINI, A.; MALMSTROM, T.K. Frailty and Sarcopenia as Predictors of Adverse Health Outcomes in Persons With Diabetes Mellitus. **Journal of the American Medical Directors Association** 17(9):846-851, 2016. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.007>

MALMSTROM, T.K.; MILLER, D.K.; SIMONSICK, E.M. 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.1, p. 28–36, 2016. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <http://doi.org/10.1002/jcsm.12048>>

MALMSTROM, T.K.; MORLEY, J.E. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia **Journal of the American Medical Directors Association**, v.14, p.531–532, 2013. Acesso em 02.02.2019. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.05.018>>

MALMSTROM, TK.; MORLEY, JE: Sarcopenia: The Target Population. **The Journal of Frailty and Aging (JFA)**, v.2, n.1, p. 55-56, 2013. Acesso em 02.02.2019. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14283/jfa.2013.8>.

MILTON, K. Primary care trust. **Critical Appraisal Skills Programme (CASP): making sense of evidence**. London: Oxford, 2002.

MIN, L; YAN, K; HONGCUN, C.; et al. Precisão e capacidade prognóstica do questionário SARC-F e do escore de Ishii na triagem de sarcopenia em pacientes geriátricos. **Braz J Med Biol Res**, v. 52, n.9, p.e82042019. Acesso em 05.10.2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-879X2019000900606&lng=en. Epub 29 de agosto de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-431x20198204>.>

MORLEY, J.E.; ABBATECOLA, A.M.; ARGILES, J.M. et al. Sarcopenia with limited mobility: an international consensus. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.12, n.6, p.403 – 409, 2011. Acesso em 02.02.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.04.014>.>

PARRA-RODRÍGUEZ L; SZLEJF, C.; GARCÍA-GONZÁLEZ, A.L et al. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA) v.17, n.12, p.1142-1146, 2016. Acesso em 05.10.2019.< Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.008>>

PILLATT, A.P.; PATIAS, R.S.; BERLEZI, E.M.; SCHNEIDER, R.H. Quais fatores estão associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n.6, p.755-766, 2018. Acesso em 05.06.2020. <Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180165>>

ROLLAND,Y.; DUPUY, C.; ABELLAN, VAN. K.G. et al. Sarcopenia Screened by the SARC-F Questionnaire and physical performances of elderly women: a cross-Sectional Study. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA), v.18, n.10, p.848-852, 2017. Acesso em 05.06.2020. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.010>>

ROSENBERG, I.H. Sarcopenia: origins and clinical relevance. **J Nutr**, v.127, s.5, p.990–991, 1997. Acesso em 10.12.2019. <Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9164280/>>

SOUZA, L.M.M. et al. Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. **Rev Invest. Enf**, v.21, n.2, p. 17-26, 2017. Acesso em 17.07.2020. < Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem>

TAN, L.F; LIM, Z.Y.; CHOE, . **et al**. Screening for frailty and sarcopenia among older persons in medical outpatient clinics and its associations with healthcare burden. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA). v.18, n.7, p.583-587, 2017. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.01.004>>

TANAKA, S.; KAMIYA, K.; MATSUZAWA, R. et al. Utility of SARC-F for Assessing Physical Function in Elderly Patients With Cardiovascular Disease. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA), v.18, n.2, p.176-181, 2017. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.019>>

WOO, J.; LEUNG, J.; MORLEY, J.E. Defining Sarcopenia in Terms of Incident Adverse Outcomes **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA) v.16, p.247-252, 2015; Acesso em 05.07.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.11.013>>

WOO, J.; LEUNG, J.; MORLEY, J.E. Defining Sarcopenia in Terms of Incident Adverse Outcomes. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA), v. 16, n. 3, p.247-52, 2015. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.11.013>

WOO, J.; LEUNG, J.; MORLEY, J.E. Validating the SARC-F: a suitable community screening tool for sarcopenia? **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA), v.15, n.9, p.630-634, .2014. Acesso em 05.10.2019. <Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.021>>

WOO, J.; YU, R.; WONG, M. et al. Frailty screening in the Community using the frail scale. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA). v. 16, n.5, p. 412-419, 2015. Acesso em 05.10.2019. < Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.087>>

WU,T.Y; LIAW, C.K; CHEN, F.C et al. Sarcopenia screened with SARC-F questionnaire is associated with quality of life and 4-year mortality. **Journal of the American Medical Directors Association** (JAMDA) v.17, n.12. p.1129-1135, 2016. Acesso em 05.10.2019.< Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.029>>

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS POR **PESSOAS IDOSAS** **ATIVAS** NA VIVÊNCIA DO CONFINAMENTO NO PERÍODO DA PANDEMIA POR COVID-19

HAYDÊE CASSÉ DA SILVA

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, haydeecasse@hotmail.com;

MARIA ADELAIDE SILVA PAREDES MOREIRA

Docente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, maspm@academico.ufpb.br;

RESUMO

O objetivo foi analisar as estratégias utilizadas por pessoas idosas ativas vividas no período de confinamento causado pela pandemia por COVID-19. Trata-se estudo exploratório com abordagem qualitativa para análise dos dados. A amostra tipo não-probabilística foi composta por dez voluntários selecionados por conveniência. Para coleta dos dados foi utilizado instrumento semi-estruturado elaborado com itens de interesse. Utilizou-se técnica de entrevista em ambiente virtual a partir do contato com facilitadores das atividades e agendamento com voluntários de pesquisa, por vídeo chamada do serviço **google meet**. Os dados qualitativos coletados a partir das informações da entrevista foram transcritos e para análise de conteúdo do método Bardin. As idosas tinham idade média de 67,6 anos, maioria divorciada (50%), de nível superior completo (50%), residindo com cônjuge (31%) e/ou filho (31%) e religião cristã (90%). Encontraram-se quatro categorias: (1) Estratégias em ambiente virtual e de comunicação; (2) Estratégias pessoais; (3) Estratégias domésticas e, (4) Estratégias em família, definidas a partir das unidades de registro e contexto selecionadas, emergindo subcategorias em cada uma delas. As pessoas idosas buscaram estratégias/caminhos em meio ao isolamento vivido no período da pandemia por COVID-19 que contribuíram para manter o bem-estar físico, mental, social e espiritual. Sugere-se estudos futuros com ampliação da amostra. Este estudo mostra a realidade vivida pelas pessoas idosas no período de confinamento, norteando profissionais na efetividade da assistência e alertando gestores e autoridades na condução de planejamentos eficazes que favoreça esta fatia da população.

Palavras-chave: Idoso, Gerontologia, Envelhecimento, COVID-19, Isolamento Social.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou, em março de 2020, a pandemia por **Coronavírus Disease-19** (COVID-19), doença infecciosa causada pelo vírus da família coronavírus, identificado em 2019 na China como agente causador da **Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavírus 2** (SARS-CoV-2), ocasionando disfunções respiratórias, entéricas, hepáticas ou neurológicas com consequências graves e/ou letais. Desde então, o conhecimento sobre a doença e suas complicações foram evoluindo, ao mesmo tempo que afetava a saúde física, mental, social e econômica da população, instigando autoridades, estudiosos, profissionais e gestores a buscarem soluções para conter sua disseminação (CORRÊA-FILHO; SEGALL-CORRÊA, 2020; HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020; SILVA; SANTOS, 2020).

Geralmente, a doença se desenvolve após cinco ou seis dias de contato com pessoa infectada, apresentando sintomas gripais (tosse seca, febre, mialgia, cansaço/fadiga) que permanecem de dois a 14 dias (período de incubação e transmissibilidade), acompanhado ou não de dor de garganta, coriza, congestão nasal, diarreia, conjuntivite, cefaleias, perda de paladar ou olfato, falta de apetite, confusão mental, dor abdominal, tonturas ou erupção cutânea. Havendo evolução ou não para sintomas mais severos, como, dificuldade na respiração, dor ou pressão torácica, perda de fala ou movimento, aceleração do batimento cardíaco, além de, pneumonia, insuficiência respiratória aguda, ou insuficiência renal (BRASIL, 2020a).

A transmissão COVID-19 ocorre por meio do contato com: gotículas de secreções orofaríngeas de pessoa infectada sintomática ou assintomática; superfícies ou objetos contaminados pelo vírus; ou excrementos eliminados por pessoa infectada (AQUINO et al., 2020). Por isso, as autoridades iniciaram medidas para prevenir ou amenizar a transmissão e propagação da doença, evitando a exposição ao vírus por meio do uso de máscaras de proteção facial, higienização constante de mãos e distanciamento físico, como procedimento de fácil execução e baixo custo para ser realizado pela população (ORTELAN et al., 2021).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus, por meio da portaria nº 188 de 03/02/2020, elaborando o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19), emitindo procedimentos operacionais padrão e notas técnicas baseadas nas medidas sanitárias da OMS (BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c).

Ressalta-se que, inicialmente, houve a preocupação com a letalidade causada pela COVID-19 na população idosa por apresentar vulnerabilidade em adquiri-la em sua forma mais severa, devido a fragilidade presente diante das doenças crônicas não transmissíveis, requerendo assim, maior vigilância por parte dos gestores e profissionais. Desta forma, estimularam-se recomendações para o distanciamento físico do tipo confinamento das pessoas idosas, solicitando apoio da população jovem no suporte para suprir as necessidades básicas de sobrevivência, como alimentação, proventos ou medicamentos (AQUINO et al., 2020; ROCHA et al., 2020).

Nesse ínterim, os dados do inquérito realizado em maio de 2020 por Romero et al. (2021) mostraram que houve piora do estado de saúde mental de pessoas idosas no período da pandemia por COVID-19, a partir do relato dos sentimentos de solidão, ansiedade, nervosismo, tristeza e depressão causados pelo confinamento social. Estes sentimentos, na perspectiva dos autores, associaram-se a vivência do luto coletivo, alta letalidade de seu grupo etário com reforço no discurso sobre a fragilidade do contágio e insuficiência ou ausência de efetividade nas políticas de proteção e atenção à pessoa idosa.

Sabe-se que, envelhecer ativamente implica em desafios que envolvem estratégias para conservar a saúde física e mental em meio ao contexto social, histórico e cultural vivido pelas pessoas. Considerando que adventos indesejáveis, como a pandemia por COVID-19, pode modificar ou comprometer o estado de bem-estar de pessoas idosas, preconizado na definição de saúde pela OMS, questionou-se: Quais as estratégias utilizadas por pessoas idosas ativas vividas no confinamento devido a pandemia por COVID-19? Quais as contribuições destas estratégias na condição de saúde de pessoas idosas confinadas no período vivido pela pandemia por COVID-19?

Partindo deste cenário, é salutar compreender como as pessoas idosas tem se dedicado a promoção do autocuidado da saúde quando se encontra em níveis de sobrecarga ocasionado pelo súbito confinamento recomendado como meio de proteção para adquirir COVID-19. Diante disso, os resultados deste estudo podem contribuir para ampliar as possibilidades de oferta nas estratégias para o autocuidado de pessoas idosas que lhe tragam novas dimensões em seu projeto de vida. Bem como, mostra a realidade vivida pelas pessoas idosas no período de confinamento, norteador profissionais na efetividade da assistência e alertando gestores e autoridades na condução de planejamentos eficazes que favoreça esta fatia da população.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar as estratégias utilizadas por pessoas idosas ativas vividas no período de confinamento causado pela pandemia por COVID-19.

METODOLOGIA

Trata-se estudo exploratório com abordagem qualitativa para análise dos dados. A amostra do tipo não-probabilística foi composta por dez voluntários selecionados por conveniência no Instituto Paraibano do Envelhecimento da Universidade Federal da Paraíba. Para compor o tamanho da amostra utilizou-se o critério de saturação dos dados, justificando o quantitativo alcançado para este estudo.

Como critério de inclusão considerou-se: idosos de ambos os sexos, participante ativo de atividades oferecidas no local do estudo e função cognitiva preservada identificada pelos servidores. Como critério de exclusão considerou-se a pessoa idosa fragilizada física e/ou emocionalmente que referiu não desejar participar do estudo.

Para coleta dos dados foi utilizado instrumento semi-estruturado elaborado com os itens de interesse: dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil atual, com quem mora/reside, nível de instrução e religião) e questionamento sobre o período de confinamento vivenciado ("O que você fez para cuidar de sua saúde neste período de confinamento vivido pela pandemia COVID-19? Conte-me como foi que você vivenciou este período").

Utilizou-se a técnica de entrevista em ambiente virtual a partir do contato com os facilitadores das atividades oferecidas e agendamento

com os voluntários de pesquisa para apresentação e esclarecimento sobre a pesquisa, por vídeo chamada do serviço **google meet**. Firmou-se o sigilo das informações prestada, a voluntariedade de participação e autorização para registro e publicação dos dados por meio de termo de consentimento livre e esclarecido encaminhado por e-mail para concretização da assinatura.

Diante da autorização pactuada, o pesquisador responsável reagendava para encontro virtual e, desta vez, aplicando-se a entrevista por cerca de 20 minutos por voluntário, realizada no mês de junho de 2021. As informações fornecidas foram gravadas, salvas em pastas de domínio do pesquisador, eliminando-se do ambiente virtual, impedindo a utilização ou manipulação dos dados por invasores.

Ressalta-se que este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, inserido na plataforma Brasil número CAAE 45322121.9.0000.5188, parecer nº 4.740.122.

Para caracterizar a amostra, utilizou-se estatística descritiva a partir dos dados sociodemográficos agrupados em planilhas do Microsoft Office Excel, gerando frequência, média, moda, porcentagem e desvio padrão. Os dados qualitativos coletados a partir das informações da entrevista foram transcritos e para análise de conteúdo do método Bardin (2011).

Desta forma, obedeceram-se as três fases preconizadas pelo método, em que na primeira fase (pré-análise), organizou-se o material para compor o corpus. Assim, a pré-análise constituiu da leitura flutuante para encontrar os termos impactantes, buscando-se de forma detalhada e exaustiva os que representavam a homogeneidade das expressões dos participantes, pertinentes aos objetivos do estudo, considerando a exclusividade das formas semânticas. Em sequência, segunda fase, determinada de exploração do material, identificaram-se as unidades de registro e de contexto, elaborando-se os códigos para construção das categorias por agrupamento temático. Na terceira fase, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados coletados se deu a partir do aprofundamento da comunicação das informações colhidas, observando o emissor, receptor e mensagem (BARDIN, 2011).

Ressalta-se que, com o intuito de preservar a identidade das participantes deste estudo, designou-se a letra P seguida de um número na identificação, (P1, P2, ..., P10), para divulgação dos resultados e discussão, apresentados de forma descritiva e em tabela ou quadro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta as características da amostra quanto a sexo, idade, estado civil atual, nível de escolaridade, com quem mora/reside e religião, realçando que as idosas tinham idade média de 67,6 anos, maioria divorciada, de nível superior completo, residindo com cônjuge e/ou filho e religião cristã.

Tabela 1. Características da amostra (n=dez), quanto a sexo, estado civil, idade, nível de escolaridade, com quem mora/reside e religião. João Pessoa, PB, Brasil, 2021

Sexo	F*(%)	Idade	
Feminino	10(100)	Média	67,6 anos
Masculino	0(0)	Desvio padrão	2,5 anos
		Moda	69 anos
		Variação	64 a 71 anos
Estado civil	F*(%)		
Casada	4(40)		
Viúva	1(10)		
Divorciada	5(50)		
Nível de escolaridade	F*(%)	Com quem mora/reside	F*(%)
Fundamental incompleto	1(10)	Sobrinho	1(6)
Médio completo	1(10)	Cônjuge/companheiro	5(31)
Superior incompleto	3(30)	Filho(a)	5(31)
Superior completo	5(50)	Genro/nora	3(20)
		Neto(a)	1(6)
		Amigo	1(6)
Religião	F*(%)		
Católica	6(60)		
Espírita	1(10)		
Evangélica	3(30)		

Nota: F*=frequência

Neste estudo, o perfil da amostra, visualiza a crescente realidade do envelhecimento populacional, em que as pessoas buscam viver ativamente com qualidade, principalmente quando se refere a mulher,

devido a mudança de comportamento que culminou na conquista por melhorias percebida no curso da história da sociedade. A feminização do envelhecimento é, portanto, um fenômeno reconhecido, pois a proporção maior de mulheres do que de homens entre a população idosa tem avançado e ocorre em razão da maior mortalidade entre homens (SOUSA et al., 2018; ALMEIDA et al., 2015).

O avanço da idade na população é um fato atrelado a longevidade como produto das modificações de comportamento da sociedade moderna quanto aos hábitos adequados para preservação da saúde incentivado pela Organização Mundial de Saúde com implementação de políticas públicas para o envelhecimento ativo e saudável, como as estratégias de ação proposta para a Década de Envelhecimento Saudável 2020-2030 (OPAS, 2021). Em concordância com este fato, houve predominância de idosas com idade entre 65 a 69 anos neste estudo, reforçando o perfil sobre a longevidade e a feminização da velhice.

As idosas divorciadas (n=cinco) e casadas (n=quatro) simbolizaram a maioria (90%) do estado civil da amostra deste estudo. Em substituição a expectativa da viuvez na feminização da velhice, este evento permite a ideia de nova representatividade das mulheres idosas em curso, as idosas divorciadas ou casadas. No Brasil, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística afirmaram que o número de divórcios concedidos em 2019 diminuiu 0,5% em relação ao ano de 2018 (IBGE, 2020), predispondo com esta ideia.

O nível de instrução é um dado para se refletir neste estudo, pois as idosas possuíam superior completo (n=cinco) ou incompleto (n=3), configurando 80% e reforçando a luta de classe realizada pelas mulheres em busca da autonomia e independência ocorridas por volta da década de 1960 na conquista pelo direito a voto, trabalho, educação e divórcio (VARGAS; BENCHIMOL; UMBACH, 2014). Ou seja, tomando por base que o ano corrente é 2021, a luta das mulheres em prol da igualdade de gênero ocorreu a sessenta anos atrás, justamente o período em que este grupo de mulheres estava na condição de nascimento ou infância, vivenciando as transformações históricas da época.

As idosas deste estudo residiam com algum parente, apontando o perfil de mulheres que envelheceram de forma ativa em ambiente em que arranjos familiares se renovam frente ao divórcio, morando com filho(a), genro/nora e/ou neto. Ou ainda, pode-se inferir que o(a) filho(a) do casal permanecia morando com os pais, quando se averiguou

quatro mulheres casadas que moravam com conjuge. Salienta-se que a viúva morava com companheiro em união estável e que uma divorciada mantinha o conjuge como amigo em sua moradia, caracterizando novos arranjos familiares. Sugere-se que esses dados refletem a consequencia da autonomia financeira conquistada pelos movimentos sociais de igualdade de gênero, comentado anteriormente.

É importante, assim, conhecer como se caracterizam as crenças religiosas das idosas deste estudo pois propicia a compreensão dos significados expressos diante dos questionamentos de pesquisa. A religião significa o restabelecimento da relação entre o homem e o sagrado por meio do sistemático de comportamentos, crenças, regras ou rituais estabelecidos e compartilhadas por um determinado grupo (SANTOS, 2020). As idosas deste estudo professaram a crença religiosa de caráter cristão em sua maioria (90%), em concordância com representatividade da religião cristã em 86,8 % dos brasileiros, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para conhecer as estratégias utilizadas por pessoas idosas ativas vividas no período de isolamento/confinamento por COVID-19, agruparam-se os significados atribuídos, encontrando-se quatro categorias: (1) Estratégias em ambiente virtual e de comunicação; (2) Estratégias pessoais; (3) Estratégias domésticas e, (4) Estratégias em família, definidas a partir das unidades de registro e contexto selecionadas, emergindo as subcategorias em cada uma delas, apresentada no quadro 1 segundo a frequência, porcentagem e alguns exemplos da verbalização da amostra.

Quadro 1. Definição das Categorias e distribuição das subcategorias segundo a frequência, porcentagem e verbalização da amostra, n=dez, João Pessoa, PB, Brasil, 2021

Categorias	Definição	Subcategorias	F(%)	Verbalização
Estratégias em ambiente virtual e de comunicação	Compõe as estratégias para o relacionamento social que abordaram o ambiente virtual e/ou de comunicação	Conversas/reuniões	8(80)	(...) conversar no whatsapp tem sido muito gratificante (...) P9
		Atividades remotas (físicas e cognitivas)	9(90)	(...) as aulas que o IPE** mandam pra gente são maravilhosas (...) P4
		Terapia por internet	1(10)	(...) fazendo terapia para aprender mais a ouvir (...) P6
		Televisão	7(70)	(...) assistir programas que gosto (...) P1
		Rádio ou som	8(80)	(...) fico ouvindo meus cultos (...) P4

Categories	Definição	Subcategorias	F(%)	Verbalização
Estratégias pessoais	Integra as estratégias realizadas sozinho(a)	Prática de atividade física	10(100)	(...) faço alongamentos, procuro fazer exercícios em casa todos os dias (...) P8
		Leituras	3(30)	(...) gosto muito de ler (...) P3
		Oração	9(90)	(...) fico perseverando nas orações, (...)P1
		Artesanato/costura	3(30)	(...) inventei fazer máscara para família toda (...) P2
Estratégias domésticas	Compreende a intensificação das tarefas para o cuidado no ambiente domiciliar	Higienização/organização	9(90)	(...) trabalhar em casa, organizar minhas coisas (...) P3
		Cozinhar	6(60)	(...) continuo fazendo os serviços, cozinho, limpo (...) P5
		Jardinagem	1(10)	(...) faço jardinagem a manhã inteira, trocando jarro, podando planta, replantando (...) P10
Estratégias em família	Constitui as atividades realizadas junto com os familiares no próprio domicílio	Brincadeiras e piadas	2(20)	(...) para distrair (...) piadas, brincadeiras em família, foram estratégias que encontrei para enfrentar (...) P7
		Dançar/cantar	5(50)	(...) gosto de dançar, as vezes estou escutando música (...) e começo a dançar com minha filha (...) P4

Nota: F*=frequência; IPE**= Instituto Paraibano do Envelhecimento

Ao pensar como vivem os idosos, é necessário conhecer a multidimensão do envelhecimento, por isso, os estudos em gerontologia consideram as diferentes situações da população idosa: raça, sexo, grupos etários cronológicos e psicológicos, capacidade funcional e mental, grau de instrução, condição socioeconômica, culturas, crenças, espiritualidade e contexto histórico. Percebe-se, portanto que a população idosa tem vivenciado novas ideias do envelhecimento, transformando, ressignificando, reelaborando sentidos para o bem viver (ISTOE; MANHÃES; SOUZA, 2020)

O período de isolamento social ou confinamento vivenciado pela pandemia por COVID-19 prolongou-se mais do que esperado pela população idosa, afligindo-as mais do que se idealizava, afetando-as na saúde. Houve brusca interrupção de fazeres cotidianos para

pessoas idosas ativas que mantinham rotinas ou meios para garantir o envelhecimento saudável com a participação em grupos de convivência, academias, esportes, cultura, lazer e entretenimento.

De repente, as pessoas idosas se viram confinadas em seu ambiente domiciliar, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, pois se caracterizava como grupo populacional de alto risco para aquisição da doença com consequências letais, devido às comorbidades, doenças pre-existentes, associando-se à perspectiva do declínio no envelhecimento (TEXEIRA; PAULA; QUEIROZ, 2020).

Percebe-se que as pessoas idosas buscaram estratégias/caminhos em meio ao isolamento vivido no período da pandemia por COVID-19 que contribuíram para manter o bem-estar físico, mental, social e espiritual, como será visto a seguir.

Estratégias em ambiente virtual e de comunicação

Esta classe foi composta por expressões que remeteram a ideia do uso do ambiente virtual, a internet, e os meios de comunicação como estratégia para o contato e comunicação social, emergindo cinco subcategorias: (1) conversas/reuniões; (2) atividades remotas; (3) terapia por internet; (4) televisão; (5) rádio ou som.

As idosas deste estudo argumentaram que utilizaram o ambiente virtual para permanecer o relacionamento social em conversas ou reuniões com familiares e amigos, e contribuiu para manutenção da saúde mental e social. O celular ou computador são equipamentos de fácil aquisição e acesso que trazem segurança aos familiares e permite maior autonomia e independência a pessoa idosa, por isso, de forma emergencial, as idosas deste estudo precisaram inovar-se, buscando o conhecimento para manuseá-los.

A aprendizagem do manuseio destes equipamentos foi por necessidade neste período de isolamento devido a pandemia da COVID-19, adequando-se conforme suas habilidades, inclusive para realizar atividades físicas e cognitivas oferecidas pelos facilitadores do Instituto Paraibano do Envelhecimento (IPE) no formato remoto/virtual, como afirmam as falas:

(...) busquei suporte físico, por meio das aulas disponibilizadas pelo IPE, (...) aprendi a usar o celular com os professores (...) P1

(...) mostrei as minhas filhas que estava participando da atividades em saúde pelo IPE (...) como é bom, a professora cuidando da gente, ensinando a usar o celular (...) P2

(...) as atividades do IPE tem feito muito bem, (...) no início tive o sistema nervoso muito abalado (...) me distraia muito (...) P4

(...) procuro fazer um exercício que sinto que vai dar certo, as que consigo fazer, dessas que os professores mandam (...) as técnicas de relaxamento foi o melhor tipo de terapia que já fiz até o momento, (...) aprendi a usar meet, zoom (...) P5

(...) O ambiente virtual me ajudou muito a melhorar a saúde mental (...) P7

No Brasil, o percentual de pessoas idosas utilizando a rede de computadores, celulares ou ambientes virtuais cresceu de 68%, em 2018, para 97% em 2021, segundo pesquisa realizada pela Confederação Nacional de Dirigentes Lojistas (2021). Estes dados mostram o aumento do uso de tecnologias de comunicação no período da pandemia por COVID-19, mesmo diante das queixas de pessoas idosas quanto ausência de paciência dos familiares de geração mais nova, como filhos(as) ou netos(as) para ensinar como utilizar o celular ou computador.

Neste sentido, a pessoa idosa buscou desenvolver o conhecimento sobre o manuseio destes equipamentos, quebrando seus próprios paradigmas quanto a incapacidade de aprender algo novo, enfrentando o desafio para conseguir manejá-los ou como utilizar o software/aplicativo. A aprendizagem em pessoas idosas desconstrói a ideia da incapacidade de aprender devido a idade, fundamentada pela plasticidade cerebral que permite o estímulo de novas sinapses por meio da prática de atividades cognitivas (COSTA; OLIVEIRA-SILVA; JACÓBSEN, 2019).

Noutro aspecto, o uso da internet oportunizou a continuidade da relação terapeuta- paciente em consultas clínicas ou em terapias realizadas pelas idosas, contribuindo para amenizar os agravos físicos e sentimentais que o isolamento social potencialmente poderia trazer, como limitação ou lentificação da funcionalidade, solidão, ansiedade, tristeza ou medo, e até mesmo, surgimento, aprofundamento ou aceleração de doenças pré-existentes, a exemplo da depressão, síndrome do pânico e doenças crônicas não transmissíveis.

A sanção da Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 permitiu o uso de recursos tecnológicos para prestar assistência em saúde realizadas à distância, como videoconferências, de forma temporária, enquanto existência da crise ocasionada pelo Coronavírus. Lembrando-se que os procedimentos para exame físico foram limitados ao encontro presencial quando possível (BRASIL, 2020).

A televisão, rádio ou som foram estratégias para distração/entretenimento durante isolamento e informação sobre o desenvolvimento da COVID-19 no Brasil e no mundo. Entretanto, as idosas relataram a influência da mídia como causador de pânico, medo e pavor da doença, pois apresentavam cenas impactantes que permaneciam na mente, causando angústia, desânimo, melancolia ou sofrimento.

(...) escutava muito a televisão no início da pandemia, mas chegou ao ponto que deixei de assistir as notícias sobre covid na televisão, (...) corria para o quarto e ligava meu rádio, não queria ouvir aquelas notícias porque me angustiava mais, só me fazia mal ver aquelas cenas no início (...) P1

(...) faço todas as tarefas de casa com som ligado só em louvor, não tem coisa melhor, (...) tem hora que paro fascinada por aquela música (...) P3

Os meios de comunicação são instrumentos de produção e disseminação de conteúdo, entretenimento e educação informal, capaz de influenciar relações, orientar mercado, organizar as opiniões pessoais e coletivas, contribuindo para o conhecimento globalizado em diferentes temas da sociedade em tempo imediato, a exemplo do que ocorreu com COVID-19 (FERRARETO; MORGADO, 2020).

Estratégias pessoais

As expressões verbais agrupadas nesta classe trouxeram a noção das estratégias desenvolvidas de forma individualizada, revelando quatro subcategorias: (1) prática de atividade física; (2) leituras; (3) oração; (4) artesanato/costura.

A prática de atividade física foi o ponto principal desta classe, pois todas as participantes relataram realizar algum tipo de atividade física sozinha a partir de orientação profissional, como referido nas

atividades remotas, mencionando-se alongamentos e caminhadas, como expresso nas falas:

(...) estou cuidando da saúde, caminhando, fazendo os exercícios respiratórios, alongamentos (...) P3

(...) cuido bastante da minha saúde, faço exercícios de relaxamento, tai_chi_chuan, natação, caminhada todos os dias
(...) P10

Destaca-se a importância da prática de atividade física para estimular a biologia orgânica do ser que envelhece, pois a inatividade ou sedentarismo propicia a perda ou diminuição da massa muscular e do equilíbrio, originando as limitações e incapacidades que comprometem a funcionalidade (DÁTILLO; CORDEIRO, 2015; FONSECA, 2016).

Ao se refletir que a pessoa idosa está confinada em seu ambiente, estabelecido por condição inesperada, como a pandemia por COVID-19, torna-se imprescindível a realização de atividades físicas na promoção do bem-estar, autonomia, independência, empoderamento e qualidade no curso de vida, ressignificando conceitos e valores para construção de sonhos e projetos que motivam o viver (HAMMERSCHMIDT; SANTANA, 2020).

Poucas participantes desta pesquisa referiram à leitura como estratégia no período de confinamento por COVID-19. O hábito de ler e os benefícios para memória de pessoas idosas são indiscutíveis, pois estimula o funcionamento do cérebro com a renovação de neurônios, denominada de neuroplasticidade. Neste contexto, a leitura incentiva o raciocínio, atenção, criatividade, imaginação, conhecimento e diversão, prevenindo ou postergando o aparecimento ou evolução de doenças e o declínio cognitivo de pessoas idosas (TORQUATO; MASSI, SANTANA, 2011).

A oração surgiu como meio para enfrentar o sofrimento causado pela isolamento vivenciado na pandemia por COVID-19 em 90% da amostra, numa relação de comunicação com Deus para pedir força e amparo em tempos de dificuldades. Trata-se de um grupo de idosas religiosas que professam a fé e crença cristã, com práticas diárias de devoção ao divino, que traz conforto e segurança diante dos desafios e intercorrências da vida. Desta forma, a espiritualidade e religiosidade surge como ferramenta de suporte emocional que influencia no

bem-estar geral da pessoa idosa diante do sofrimento causado pelo período de distanciamento social por COVID-19, corroborando com a literatura (MATHIAZEN; ALMEIDA; SILVA, 2021).

O artesanato e a costura foram evocadas com baixa frequência pelas idosas, pois se trata de atividade manual que necessita de habilidades e competências específicas, com benefícios imensuráveis naqueles que a praticam, principalmente no que refere a capacidade de produzir algo de sua autoria. Durante a produção artesanal ou de costura a pessoa idosa se percebe produtivo, capaz, incluído, útil e encorajado (TEXEIRA; CARLOS, 2017)

Estratégias domésticas

A intensificação de tarefas domésticas constituíram as falas compiladas nesta classe, situando-se em três subcategorias: (1) higienização/organização; (2) cozinhar; (3) jardinagem. Encontraram-se que 90% idosas estavam preocupadas com a organização do ambiente de moradia, principalmente considerando as recomendações do Ministério da Saúde no período de pandemia por COVID-19 com a dinâmica de higienização das compras quando adentram ao ambiente doméstico, conforme verbalizado pelas idosas:

(...) faço todos os serviços da minha casa, sempre fiz, e peço força a meu deus, enquanto puder estou fazendo, passo pano, faço tudo, não paro, (...) P3

(...) estou fazendo a faxina, (...) dobrei a quantidade de limpeza em casa, porque quando as compras chegam, ai, ai, ai, é limpar tudo, cada item (...) P5

A organização de armários com o descarte de peças em desuso, desinfecção das compras, higienização das roupas, sapatos e objetos da casa, além do cuidado com esterilização das máscaras de proteção facial e das próprias mãos foram itens relatadas pelas idosas como acréscimo devido a pandemia por COVID-19. Cozinhar e jardinagem foram atos referido como prazeroso e de distração. As tarefas domésticas poderiam ser realizadas por trabalhador remunerado anteriormente, que no período de pandemia por COVID-19, também se recolheu em seu próprio ambiente domiciliar, assim, conseqüentemente,

houve a necessidade de que as tarefas fossem realizadas pelos componentes da casa, assumidas pelas mulheres neste estudo.

Estratégias em família

O agrupamento de locuções desta classe constituíram o entendimento de estratégias realizadas em família, daqueles que convivem no mesmo ambiente de moradia, sucedendo em duas subcategorias: (1) brincadeiras e piadas; (2) dançar e cantar.

As brincadeiras e piadas efetivadas como descontração familiar foram realizadas por 20% das voluntárias, levando ao entendimento que momentos de diversão coletiva familiar são pouco praticadas, mas que reforça o convívio de seus membros. Outro tipo de entretenimento utilizado foram os atos de dançar e cantar reunidos em família durante o período de isolamento por COVID-19, marcando a seleção de estratégia que diverte e emociona, ao mesmo tempo que movimenta corpo e alma, como proferido pelas participantes:

(...) canto também com ela, manda louvor para baixar no spotify, a coisa mais linda (...) P3

(...) a gente ri, brinca, nestes encontros, até tarde da noite, (...) ligo o som, coloco uma música, qualquer e vários tipos de música, (...) todos se divertem (...) enquanto estiver respirando e andando estou feliz (...) P6

Atividades lúdicas, como, contar piadas, realizar brincadeiras, dançar e cantar, promovem o humor e o riso, como elementos positivos importantes que contribuem para aliviar tensões, liberar sentimentos, incentivar aprendizagens, auxiliar no enfrentamentos da dor física e/ou emocional, principalmente quando vivenciados em ambiente familiar. Consequentemente, propicia harmonia na relação familiar, encarando os desafios e ultrapassando as dificuldades unidos com o mesmo propósito na vivência do isolamento social por COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo objetivou analisar as estratégias utilizadas por pessoas idosas ativas vividas no período de confinamento causado pela pandemia por COVID-19. Encontraram-se quatro categorias: (1) Estratégias

em ambiente virtual e de comunicação; (2) Estratégias pessoais; (3) Estratégias domésticas e, (4) Estratégias em família, emergindo subcategorias.

Conclui-se, que as idosas utilizaram estratégias durante o período de isolamento social vivenciado pela pandemia por COVID-19 que contribuíram no enfrentamento e amenização de agravos em saúde. Não se pode generalizar os resultados deste estudo, visto que a amostra perpassa na perspectiva das mulheres. Por isso, sugere-se que estudos futuros devam ser realizados que abrangendo outros cenários e contextos, bem como amostras maiores, alcançando diferentes gêneros, que permitam melhor compreensão e aprofundamento do tema.

Os achados deste estudo apontam estratégias que podem ser aplicadas na assistência ou orientação voltados para população idosa, nortendo gestores e profissionais nos planos de ação em saúde, considerando a pessoa idosa ativa e saudável. Reforça-se ainda, que políticas públicas municipais, estaduais e federais possam se fundamentar com base neste estudo, nas ações para Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C.; SILVA, E.; KANSO, S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Revista Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, p.: 115-131, 2015.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, suppl 1 [Acessado 6 Setembro 2021], pp. 2423-2446. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.

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

BRASILa. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO DE GESTÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS. **Diretrizes para o tratamento e diagnóstico da COVID-19**. Brasília: SCTIE, 2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/ddt-covid-19-200407.pdf>. Acesso em 06 set 2021.

BRASILb. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional

(ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: DOU, edição 24-A, seção extra, p. 1, 04 de fevereiro de 2020.

BRASILc. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus** (COVID- 9): Centro de operações de emergência em saúde pública (COE-COVID-19). Brasília, 2020. Disponível em: portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf. Acesso em: 06 set 2021.

BRASIL. Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Poder Legislativo, 2020. **Diário Oficial da União** (DOU), edição 73, seção 1, página 1, de 16 de abril de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>. Acesso em: 06 set 2021.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE DIRIGENTES LOJISTAS. Pesquisa: **Uso da tecnologia e impacto da pandemia na terceira idade**. 2021. Disponível em: <https://uploads.onsize.com.br/cndi/varejosa/2021/03/15164312/Apresentac%CC%A7a%CC%83o-Uso-da-tecnologia-e-impactos-da-pandemia.pdf>. Acesso em: 06 set 2021.

CORRÊA-FILHO, H. R.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Lockdown ou vigilância participativa em saúde? Lições da Covid-19. **Saúde em debate**; v. 44, n. 124, p.: 5-10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012400>. Acesso em: 06 set 2021. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012400>.

COSTA, A. R.; OLIVEIRA-SILVA, P. L.; JACÓBSEN, R. T. Plasticidade cerebral: conceito(s), contribuições ao avanço científico e estudos brasileiros na área de letras. **Entrepalavras**, v. 9, n. 3, p.:457-476, 2019. Disponível em: <http://www.entrepalavras.ufc.br/revista/index.php/Revista/article/view/1445>. Acesso em: 06 set 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.22168/2237-6321-31445>.

DÁTILO, G. M. P. A.; CORDEIRO, A. P. **Envelhecimento humano**: diferentes olhares. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

FERRARETO, L. A.; MORGADO, F. **Covid-19 e Comunicação**: um guia prático para enfrentar a crise. Rio de Janeiro: Válaga, 2020.

FONSECA, S. C. **O envelhecimento ativo e seus fundamentos**. São Paulo: Portal edições envelhecimento, 2016.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia Covid-19. **Cogitare enfermagem**. v. 25, n. 1, e72849; 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72849>. Acesso em: 06 set 2021. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas Sociais**. Agência IBGE Notícias, 2020. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29646-registro-civil-2019-numero-de-registros-de-casamentos-diminui-2-7-em-relacao-a-2018>. Acesso em 06 set 2021.

ISTOE, R. S. C.; MANHÃES, F. C.; SOUZA, C. H. M. **Envelhecimento humano, inovação e criatividade**: diálogos interdisciplinares. Rio de Janeiro: Brasil Multicultural, 2020.

MATHIAZEN, T. M. S.; ALMEIDA, E. B.; SILVA, T. B. L. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do idoso no distanciamento social devido à pandemia de COVID-19. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 24, Especial 29, p.:237-258, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p237-258>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-2020-2030>. Acesso em 06 set 2021.

ORTELAN, N.; FERREIRA, A. J. F.; LEITE, L.; PESCARINI, J. M.; SOUTO, A. C.; BARRETO, M. L.; AQUINO, E. M. L. Máscaras de tecido em locais públicos: intervenção essencial na prevenção da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 26, n. 02 [Acessado 6 Setembro 2021], pp. 669-692. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.36702020>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.36702020>.

ROCHA, S. V.; DIAS, C. R. C.; SILVA, M. C.; LOURENÇO, C. L. M.; SANTOS, C. A. A pandemia de COVID-19 e a saúde mental de idosos: possibilidades de atividade física por meio dos Exergames. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**. 2020; 25:e0142, p.:1-4. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/11/1128297/14424-texto-do-artigo-55964-1-10-20201029.pdf>. Acesso em: 06 set 2021. Doi: 10.12820/rbafs.25e0142

ROMERO, D. E. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 3 [Acessado 6 Setembro 2021], e00216620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>.

SANTOS, M. A. Corpo envelhece, espírito transcende: qual a contribuição da espiritualidade para a subjetividade do idoso?. **Pretextos: Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 5, n. 9, p.: 260-274, 2020. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/22275>. Acesso em 06 set 2021.

SILVA, M. P. P.; SANTOS, W. L. Saúde do idoso em tempos de pandemia covid-19: cuidados de enfermagem. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, p. 214–223, 2020. DOI: 10.5281/zenodo.4118417. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/55>. Acesso em: 6 set. 2021.

SOUSA, N. F. S.; LIMA, M. G.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, p.:1-14, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00173317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00173317>. Acesso em: 6 set 2021.

TEXEIRA, D. P.; CARLOS, C. A. L. V. “Mãos que criam” e a promoção da qualidade de vida de idosos por meio de atividades artesanais. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, v. 28, n.1, p.: 162-179, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/hayde/Downloads/3741-Texto%20do%20artigo-17484-1-10-20170703.pdf>. Acesso em 06 set 2021.

TEIXEIRA, F. A.; PAULA, C. E. A.; QUIEROZ, A. M.; MELO, D. Q.; SILVA, G. M. V. A evolução da Covid-19 e incidência nos óbitos da população idosa: defesa do isolamento horizontal. **Revista Brasileira de Administração Científica**, v.11, n.3, p.167-182, 2020. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2179-684X.2020.003.0012>.

TORQUATO, R.; MASSI, G.; SANTANA, A. P. Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.24, n. 1, p.:89-98, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18819130011>.

VARGAS, A. Q.; BENCHIMOL, A. P. F.; UMBACH, R. K. A mulher nos anos 60: frágil ou subversiva? **Revista Eletrônica Literatura e Autoritarismo**, n 24, p.: 81-92, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/LA/article/view/15916/pdf>. Acesso em: 06 set 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/1679849X>

FÓRUNS DE CIDADANIA: PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE IDOSOS EM DEFESA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS - SÃO PAULO, SP

ÁUREA ELEOTÉRIO SOARES BARROSO

Doutora em Serviço Social, Pós-Doutora em Ensino, Pesquisadora do Núcleo de Estudos do Futuro do Programa de Pós-Graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, barrosoaurea@gmail.com;

MARIA LÚCIA CARVALHO DA SILVA

Doutora em Serviço Social, Professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, *in memoriam*

RESUMO

A pesquisa buscou compreender como Fóruns de Cidadania localizados no Município de São Paulo, SP vêm se constituindo como um sujeito coletivo, na direção da conquista e efetivação de direitos de cidadania. Foi utilizado o método qualitativo, compreendendo a coleta de depoimentos, levantamento documental e pesquisa bibliográfica. O marco teórico teve como base os seguintes autores: Beauvoir (1990); Freire (2005); NERI (2007); Gohn (2013); Faleiros (2014), entre outros. Trata-se de estudo longitudinal, a pesquisadora realiza observação participante no universo da pesquisa desde 2005. O estudo revelou que as principais discussões e lutas empreendidas nesses espaços estão voltadas para ampliação do acesso e melhoria nos atendimentos de saúde, lazer, esporte, transporte público entre outros. Uma conquista alcançada nesse processo diz respeito à ampliação do diálogo entre o Estado e os representantes da população idosa.

Palavras-chave: Idoso, Participação Social, Direitos Fundamentais

INTRODUÇÃO

Estamos vivendo um momento singular na história, pela primeira vez, a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos ou mais de idade (OMS, 2015). No mundo, a cada segundo, duas pessoas celebram seu sexagésimo aniversário. Uma em cada noventa e seis pessoas tem 60 anos ou mais e estima-se um crescimento para uma em cada cinco, por volta de 2050 (UNFPA, 2012). Ainda segundo a ONU, em 1950, havia 205 milhões de pessoas idosas no mundo. Em 2050 projeta-se que cheguem a dois bilhões de pessoas.

O envelhecimento populacional está em curso em todos países em ritmos diferentes, em razão das condições de vida da população de cada localidade.

O número de pessoas idosas tem aumentado significativamente nas últimas décadas no Brasil. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), a população manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos, desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões, em 2017.

Segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do total de 210,1 milhões de habitantes do país, 34 milhões de brasileiros eram idosos, no quarto trimestre de 2019. (DIESE, 2020)

Estudos mostram que a humanidade sempre sonhou viver mais. Assim foram feitos investimentos em diversas áreas para alcançar esse objetivo, como mencionaremos a seguir. Ampliou-se o atendimento às gestantes no período pré-natal e durante o parto e à criança.

Um marco para a saúde pública foi o uso em grande escala de antibióticos em seres humanos, a partir da década de 1940 assegurando uma sobrevivência para grande parcela da população que morria em decorrência de doenças infecciosas.

Merece lembrar que a migração da população rural para as cidades em razão de políticas de industrialização principalmente entre 1950 e 1980 facilitou a aplicação de técnicas médico-sanitárias, como o combate de agentes transmissores de doenças, ações de higienização e campanhas de vacinação com maior alcance. Somado a isso, uma maior parcela da população passou a ter acesso a serviços de

saneamento básico, iluminação e coleta de lixo. Ampliou-se também a rede de serviços assistenciais e de educação.

As medidas mencionadas anteriormente, além de outras, resultaram em uma queda significativa da mortalidade, notadamente infantil, e em um aumento da expectativa de vida ao nascer, ou seja, contribuíram para o prolongamento da vida humana. Mas essa conquista é recente para os(as) brasileiros (as), em 1960 um recém-nascido poderia esperar viver até 48 anos. O aumento da expectativa de vida ao nascer do(a) brasileiro(a) aumentou 6,9 anos nas últimas duas décadas. Em 2020 era de 76,7 anos e em 2050 aumentará para 81,29 anos," igualando-se à de países com elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), como Islândia (81,8 anos) e Japão (82,6 anos)". (DÓREA, 2021, p.30)

Paralelamente ao envelhecimento populacional, ocorreram mudanças no padrão de adoecimento. As doenças passaram de um processo infeccioso agudo, que levava à cura ou então à morte, para um estado crônico que acompanha as pessoas durante muitos anos. Nesse contexto, as doenças crônicas não transmissíveis, entre elas as cardiovasculares, o câncer e a depressão, são cada vez mais importantes como causas de invalidez e morte.

Como mencionamos, as doenças infecciosas diminuíram e as doenças crônicas passaram a ser preponderantes nas últimas décadas. Isso significa dizer que mais pessoas ficam doentes e menos pessoas morrem. Vale lembrar que, em algumas regiões do Brasil, encontramos a superposição de problemas de saúde pública, como a desnutrição, que implicam em maior risco de doenças infecciosas, além das doenças crônicas.

A multimorbidade, ou seja, a coexistência de duas ou mais doenças crônicas num mesmo indivíduo tem sido descrita como a condição crônica mais comum entre idosos: "Embora possa acontecer em qualquer faixa etária, sua presença entre idosos é mais a regra que exceção e sua frequência aumenta progressivamente com a idade, chegando a afetar cerca de 65% dos indivíduos após os 65 anos". (PEREIRA; ROSA, 2018, p. 96).

Entretanto, as referidas autoras salientam que,

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de pelo menos uma doença crônica, nem todos ficam limitados e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com suas enfermidades controladas e expressa satisfação na

vida. [...] Assim, o conceito de saúde do idoso não se deve confundir com a presença de doenças ou idade avançada com ausência de saúde, que deve ser definida como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças. (PEREIRA; ROSA, 2018, p. 26)

Envelhecer sem a presença de doença é exceção e não regra. Por exemplo, quase todos os idosos têm perdas sensoriais limitantes na idade avançada, particularmente em termos visuais e auditivos. Certamente, há doenças com potencial mais incapacitante que outras, mas, desde que essas enfermidades sejam controladas, a pessoa pode almejar um envelhecimento saudável e isso passa pela preservação das capacidades físicas e mentais. (RAMOS, 2009)

As reflexões de Pereira e Rosa(2018), Ramos (2009) mencionadas anteriormente são fundantes no momento atual, quando o debate “velhice não é doença” alcança a agenda nacional e internacional. Essa discussão começou com a revelação do atestado de óbito do marido da Rainha Elizabeth II divulgado pelo jornal Daily Telegraph informando que ele faleceu de “velhice”. O atestado foi assinado pelo médico da família real, Sir Huw Thomas.

A possibilidade de inclusão do código MG2A - velhice, no capítulo 21, da Classificação Internacional de Doenças - CID-11 tem mobilizado pesquisadores, profissionais que trabalham com idosos e Associações ligadas ao envelhecimento como SBGG (Sociedade Brasileira Geriatria e Gerontologia) e Associação Brasileira de Gerontologia (ABG) que argumentam que o código MG2A poderá omitir problemas de saúde que acometem a população idosa interferindo na coleta de dados epidemiológicos.

O documento existe desde 1900 e desde 2015 está sendo elaborada uma nova edição na qual entrará o código MG2A que se refere à velhice, a partir de janeiro de 2022.

A CID é uma importante ferramenta epidemiológica, classifica as doenças, os problemas relacionados à saúde e outras condições que possam demandar a utilização de recursos e serviços de saúde. Por meio desta padronização é possível desvendar e analisar a situação de saúde global em termos de doenças, sintomas, sinais, queixas, aspectos anormais, causas externas e aspectos sociais relacionadas

à saúde contribuindo para adequação de serviços, definição e planejamento de investimentos e de políticas públicas.

O fato é que, não existe um idoso "típico". A diversidade das capacidades e necessidades de saúde das pessoas idosas não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis. Há evidências científicas de que as pessoas idosas estão resignificando a velhice, muitas estão planejando estudar mais, alcançar algum sonho, desejo negligenciado. (OMS, 2015)

E, concordamos com Tótorá (2008) quando diz que a realidade do envelhecimento, fenômeno histórico das sociedades atuais, impõe uma agenda que ultrapassa as dimensões biológicas, ou cronológicas, colocando desafios que atingem os aspectos sociais, políticos e, fundamentalmente, culturais. Estes últimos dizem respeito às mudanças nos valores instituídos. Trata-se, pois, da criação de novos valores, em que o envelhecimento constitui a potência imanente à vida.

A década de 1990 e início dos anos 2000 trouxeram avanços no campo dos direitos da pessoa idosa, a partir da promulgação da Constituição Federal da República de 1988. A Lei 8.842/1994 regulamentada pelo Decreto 1.948/1996 (Política Nacional do Idoso), a Portaria 2.528/2006 aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso instituído em 1º de outubro de 2003 através da Lei nº 10.741 e foram aprovadas outras legislações específicas na dimensão nacional, dos estados e municípios para os idosos.

Faleiros (2014) ressalta a importância da instituição do ordenamento jurídico para população idosa. " Foi na Constituição de 1988 que a velhice foi reconhecida não só no âmbito da seguridade social (Artigos 193 a 203) enquanto previdência, saúde e assistência, mas como protagonista na sociedade. É importante ressaltar que a seguridade social pressupõe a participação da população (FALEIROS, 2014, p.7)

No decorrer das últimas décadas, governos no âmbito federal, dos estados e municípios têm desenvolvido programas voltado para população idosa; porém, essas iniciativas ainda não se constituíram em uma política pública com cobertura e abrangência para atender as demandas deste grupo etário. (ROSA; BARROSO; LOUVISON, 2013).

Concordamos com Vieira (1992) quando afirma que a efetivação de direitos fundamentais requer participação social pois, “Não tem havido política social desligada dos reclamos populares. Em geral, o Estado acaba assumindo alguns destes reclamos, ao longo de sua existência histórica” (VIEIRA, 1992, p. 232).

Diante desse cenário, os idosos vêm se inserindo em espaços coletivos de participação social conhecidos por Fóruns de Cidadania no Município de São Paulo em defesa de direitos fundamentais previstos em leis. Vejamos como Dallari (2004) refere-se aos direitos fundamentais: “Eles são ditos fundamentais porque é necessário reconhecê-los, protegê-los e promovê-los quando se pretende preservar a dignidade humana e oferecer possibilidades de desenvolvimento. Eles equivalem às necessidades humanas fundamentais”. (DALLARI, 2004, p. 25)

A seguir definição sobre Fórum de Cidadania elaborada coletivamente pelos seus participantes.

É um espaço coletivo onde os idosos trocam ideias, experiências, informações, elaboram propostas e discutem sua cidadania. É um local privilegiado para discussão das políticas públicas, tais como: saúde, moradia, educação, lazer, cultura, entre outras (...) Os participantes do Fórum são idosos, grupos, entidades, profissionais dos setores da administração municipal, faculdades de terceira idade, movimentos sociais e populares.

O primeiro Fórum de Cidadania foi criado em 1995, por iniciativa de profissionais da Assistência Social com apoio de algumas pessoas idosas, com o passar dos anos foram abertos espaços coletivos desta natureza nas regiões sul, norte, leste, oeste e sul do Município de São Paulo. Durante o período pandêmico por covid-19 que o Brasil e o mundo estão atravessando, vinte e cinco Fóruns continuaram realizando encontros mensais virtualmente. Profissionais compartilhavam informações sobre cuidados e orientações sobre serviços públicos disponíveis neste momento.

Merece pontuar o acelerado envelhecimento populacional de São Paulo, capital do estado de São Paulo, onde estão localizados os Fóruns de Cidadania. O número de pessoas idosas representava 6,33% em 1980 e subiu para 15,2% em 2019 – quase o triplo (CARLETTO, 2020). Quanto as condições de vida, a diferença entre as regiões na expectativa de vida

ao nascer chega a 14 anos na cidade de São Paulo. Os dados mostram que os idosos vivem realidades distintas nesta cidade. (PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2020).

Os Fóruns de Cidadania funcionam no formato de assembléia presidida por um idoso. Há sempre presença de profissionais da Assistência Social, psicólogos, de outras áreas do conhecimento e de funcionários da Administração Pública Municipal que compareçam com o propósito de prestarem esclarecimentos e embasarem teoricamente as discussões. A pauta gira em torno das demandas trazidas pelos idosos, como denúncia de maus tratos no transporte público, dificuldade de atendimento em serviços de saúde, entre outras. No final da reunião são feitos encaminhamentos às instâncias competentes para que sejam tomadas providências.

Os Fóruns de Cidadania não têm sede própria e, por esta razão, realizam reuniões mensais em espaços cedidos pela Prefeitura do Município de São Paulo, universidades, entre outros.

O presente estudo buscou compreender como Fóruns de Cidadania vêm se constituindo como um sujeito coletivo, na direção da conquista e efetivação de direitos para população idosa residente na cidade de São Paulo.

Foi utilizado o método qualitativo, compreendendo a coleta de depoimentos, o levantamento documental e pesquisa bibliográfica. Trata-se de estudo longitudinal, a pesquisa realiza observa observação participação no universo da pesquisa desde 2005.ⁱ

As principais discussões e lutas empreendidas nos Fóruns de Cidadania estão voltadas para ampliação e melhoria dos serviços de saúde, transporte, moradia entre outros.

METODOLOGIA

No primeiro momento da pesquisa foi realizado o levantamento bibliográfico de livros, revistas científicas, dissertações de mestrado, teses de doutorado publicadas no Brasil. Estudo de legislações, dados e relatórios elaborados por institutos de pesquisa sobre o segmento de idosos. E leituras nos documentos nos acervos dos Fóruns (atas, folhetos de divulgação de suas atividades etc.).

Foi utilizado o método qualitativo, compreendendo a coleta de depoimentos obtidos por meio de questionários. Segundo Martinelli (2012), no que se refere às pesquisas qualitativas, exige-se do pesquisador uma contínua disponibilidade e real interesse em vivenciar a pesquisa. Concordamos com a autora e, por essa razão, para melhor apreensão da realidade em que o processo investigativo foi desenvolvido, nos apoiamos em estudos sobre a temática abordada e também nos saberes de profissionais que trabalham com população idosa em espaços governamentais e não governamentais na cidade de São Paulo.

A pesquisadora mantém diálogo permanente com participantes dos Fóruns de Cidadania no Município de São Paulo, portanto, vivencia "atitude participante", caracterizada "por uma partilha completa, duradoura e intensiva da vida e da atividade dos participantes, identificando-se com eles, como igual entre pares, vivenciando todos os aspectos possíveis da sua vida, das suas ações e dos seus significados" (CHIZZOTTI, 2003, p. 90).

Foi adotado um diário de campo para registrar os temas que foram objeto de debates, percepções, inquietações dos participantes dos Fóruns de Cidadania, para que este material pudesse ser analisado posteriormente. A análise dos dados coletados teve por objetivo: "compreender criticamente o sentido das falas ocultas" (CHIZZOTTI, 2003, p. 98).

Os sujeitos da pesquisa são: os participantes dos Fóruns de Cidadania, funcionários da Prefeitura do Município de São Paulo e profissionais da Assistência Social e de outras áreas do conhecimento que prestam assessoria técnica voluntária nestes espaços.

O presente estudo foi desenvolvido na perspectiva freireana, portanto, a construção do conhecimento foi permeada por diálogos entre a pesquisadora e os participantes dos Fóruns de Cidadania.

O que se pretende com o diálogo, em qualquer hipótese (seja em torno de um conhecimento científico e técnico, seja de um conhecimento 'experimental'), é a problematização do próprio conhecimento em sua indiscutível reação com a realidade concreta na qual se gera e sobre a qual incide, para melhor compreendê-la, explicá-la, transformá-la. (FREIRE, 2015, p. 52)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O primeiro Fórum de Cidadania foi criado em 1995 e algumas condicionantes contribuíram para o surgimento desses espaços coletivos de participação social e idosos, como se vê a seguir.

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e o surgimento de leis específicas para os idosos, o debate sobre a temática do envelhecimento ganhou densidade e adentrou por diversos espaços: universidades, ONGs, Conselhos de direitos de idosos, governos, entre outros.

E, aconteceram ganhos nesse processo, entre os quais se destaca a complexidade que tomou a gestão do envelhecimento, exigindo maior aprofundando e o diálogo entre profissionais de várias áreas do conhecimento. (DEBERT, 1994)

As questões dos idosos, especialmente dos menos favorecidos economicamente, deixaram ser tratadas como problema a ser resolvido apenas no âmbito familiar e passaram a ser compreendidas na perspectiva dos direitos da cidadania, ou seja, olhar e enfrentamento semelhantes aos desenvolvidos nos Fóruns de Cidadania.

A constituição de Fóruns de Cidadania significou uma inovação na forma de participação do segmento idoso, uma vez que não havia ocorrido participação social desta natureza na cidade de São Paulo.

O estudo mostrou que o despertar dos idosos sobre a importância da participação social aconteceu no processo, pois, na ocasião em que os Fóruns de Cidadania foram criados, a maioria dos idosos não a valorizava. A seguir relatos de duas pessoas idosas que residem na região leste da cidade de São Paulo e que espelham essa conquista. "Se os idosos não se unirem as leis vão ficar engavetadas, o Estatuto do Idoso, tudo. Por que o governo só funciona na base da pressão. Então, o negócio é ir até a Prefeitura, o negócio ir até lá e fazer pressão" (sr. AJ). E da sra. CM " Os Fóruns em seus anos de existência cumpriram um papel importante na história da cidade de São Paulo porque debaterem todos os acontecimentos que poderiam afetar de algum modo a vida dos idosos, a nossa vida porque eu sou idosa".

A pesquisa revelou que a questão central dos Fóruns de Cidadania diz respeito à efetivação de direitos previstos em leis específicas para população idosa. Compete ao Estado, em cada um dos três níveis

de governo, garantir a efetivação de direitos, das políticas públicas. Portanto, como diz Gohn " O Estado é sempre elemento referencial definidor, porque é na esfera pública estatal que se asseguram direito, da promulgação à garantia do acesso, e as sanções cabíveis pelo descumprimento dos direitos já normatizados e institucionalizados" (GOHN, 2013, p.261)

Não resta dúvida: o Estado é responsável pela efetivação de direitos, porém, merece destacar que a participação ativa da sociedade civil na definição e controle de sua execução é fundamental para a consolidação da sua dimensão efetivamente pública" (RAICHELIS E WANDERLEY, 2005, p.5)

O estudo mostrou que circunstâncias no âmbito local contribuíram para criação e ampliação desses espaços de participação social, como aproximação de profissionais de diversas áreas do conhecimento que trabalham junto com a população idosa e profissionais da Prefeitura do Município de São Paulo subsidiando teoricamente os debates e orientando no momento de encaminhamentos às autoridades competentes com o propósito de atender de modo satisfatório as demandas trazidas pelos idosos.

Nos Fóruns de Cidadania localizados em regiões periféricas e com histórico de participação social, os debates sobre direitos são mais intensos. A fala de liderança idosa (Sra. MJ) retrata essa questão.

O povo da periferia é muito diferente da classe média que vive lá em Pinheiros. Aqui em São Mateus tem muita gente disposta a fazer, a participar. Também a gente mora num bairro que foi tudo construído em mutirão. A população está acostumada a se reunir. Quando eu digo que preciso de gente para ir em tal lugar para levar um ofício, participar de alguma reunião as próprias idosas se oferecem.

A pesquisa mostrou que a atuação de profissionais tem sido fundamental para ampliação da consciência cidadã das pessoas idosas. A seguir relato de uma profissional da Assistência Social a respeito do que a motiva a prestar assessoria técnica voluntária nos Fóruns de Cidadania: "(...) a consciência de contribuir para que o idoso tenha voz ativa. Na construção de um novo conceito de envelhecimento, de apropriação de sua cidade, de seu país, resgatando sua história pessoal e coletiva". (Sra. CR).

O relato da Assistente Social mencionado anteriormente reflete a importância da atuação dos Fóruns de Cidadania no sentido da desconstrução da imagem social sobre a velhice. Pesquisas acadêmicas vêm mostrando ao longo das últimas décadas que preconceitos etários limitam oportunidades dos idosos se inserirem em vários contextos como no mercado de trabalho e não consideram a contribuição econômica e imaterial dos idosos nas suas famílias, na comunidade, na sociedade como um todo, conforme afirma Anita Neri:

Muitos preconceitos e estereótipos resultam de falsas crenças a respeito da competência e da produtividade dos idosos. Seu resultado é a discriminação social por critério de idade, fundamentalmente motivada por razões econômicas. Como membros menos capazes e improdutivos da sociedade, os idosos passam a valer menos nos processos de trocas sociais e, assim, não podem ter acesso à mesma quantidade de recursos garantidos aos jovens e adultos capazes e produtores dos bens. (NERI, 2007, p. 37)

O relato a seguir de uma senhora octagenária caminha na direção oposta aos inúmeros estereótipos que fazem referência aos idosos em geral: o idoso vive reclamando de algo, o idoso está sempre de mau humor, o idoso é muito acomodado, o idoso só fala sobre suas doenças, entre outros, quando se sabe que as pessoas são distintas umas das outras. "Eu era uma mulher que dedicava 24 horas do meu dia pra casa, pra cuidar da família. Comecei a participar com 60 anos e não parei mais. Aprendi a nadar, a dirigir, a lutar pelos direitos dos idosos, aprendi a viver com mais liberdade, cuidar melhor de mim " (Sra. EM)

A luta contra a discriminação etária é fundamental num processo de educação para o envelhecimento e sobre o envelhecimento e a velhice, conforme afirma Faleiros (2014). " É preciso romper o silêncio sobre a velhice e abrir espaços na escola, na família, nas pesquisas e na sociedade para se falar abertamente dessa questão" (FALEIROS, 2014, p.13)

O fato é que, os idosos são distintos uns dos outros. E o estudo mostrou que por meio dos Fóruns de Cidadania, os idosos estão se recusando a permanecer nos lugares que lhes foram definidos social e culturalmente. Não estão mais restritos à dimensão privada, o que é fundamental, pois, como diz Arendt: "O homem privado não se dá a

conhecer e, portanto, é como se ele não existisse" (ARENDR, 1991, p. 68).

Os idosos vêm redefinindo o seu agir e caminhando na direção de viver de uma forma mais livre, levando em consideração os seus desejos, anseios e na busca da realização do seu eu e não apenas o cumprimento do que dizem as convenções sociais, morais.

Participar, do latim *participare*, significa tomar parte em algo, pertencer a, mas também significa fazer saber, informar, comunicar. Os participantes dos Fóruns de Cidadania vêm acompanhando as discussões promovidas pela Comissão Extraordinária Permanente dos Idosos da Câmara Municipal de São Paulo composta por Vereadores. Propondo pautas e solicitando acompanhamento de parlamentares de serviços prestados pela Administração Pública Municipal. A atuação dos Fóruns de Cidadania nesse espaço é relevante, pois a participação de idosos no poder legislativo nas esferas federal, estadual e municipal ainda é incipiente no Brasil.

Participação social não se trata de algo estático, é o resultado de um processo em permanente construção, sem fim. A atuação de idosos em Fóruns de Cidadania é compreendida nesta perspectiva porque como bem disse Bobbio " os direitos não nascem todos de uma vez, nem de uma vez por todas" (BOBBIO, 1992. p. 6).

O estudo mostrou que integrantes dos Fóruns de Cidadania, por diversas vezes, têm ocupado a presidência e a vice-presidência do Conselho de direitos das pessoas idosas do Município de São Paulo, Órgão permanente, paritário (com o mesmo número de representantes governamentais e não-governamentais) e deliberativo, portanto, contribuído junto com seus pares para formular, acompanhar, fiscalizar e avaliar a Política Municipal dos Direitos da pessoa idosa, zelando pela sua execução.

A pesquisa mostrou que os Fóruns vêm enfrentando desafios na sua trajetória como fragilidades na sua organização, como se observa no relato de um senhor idoso morador da região sul da cidade de São Paulo "É preciso armazenar a documentação dos Fóruns. Os eventos não são fotografados, muita coisa se perdeu nesta caminhada porque quase nada foi registrado". (Sr. AML,)

A falta de suporte material para realização de atividades foi identificada na pesquisa como desafio. Idosos fazem ligações de seus

celulares, utilizam os seus computadores e acessam a internet contratada por eles visando dar encaminhamento às deliberações do grupo.

A constituição do sujeito coletivo Fóruns de Cidadania se dá no processo, nas ações que se repetem e se recriam. A partir do conhecimento dos participantes de leis específicas para o segmento e da defesa de seus direitos.

Para além dos desafios acima mencionados, os resultados mostraram que os Fóruns de Cidadania vêm obtendo ganhos na sua caminhada, como as mudanças que estão sendo incorporadas no âmbito do governo local, no sentido de constituir uma interlocução entre a Prefeitura do Município de São Paulo e o segmento idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo individual e complexo, influenciado por diversos fatores que interagem entre si. Os fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos, políticos, espirituais e, o modo como o indivíduo vive e se relaciona com o meio, são elementos fundamentais para se compreender esse processo.

A velhice deve ser pensada como um processo dinâmico, em constante mudança. Os Fóruns de Cidadania são espaços privilegiados para desconstrução da imagem social da velhice, compreendida como se fosse um grupo de pessoas não diferenciadas, dotadas dos mesmos atributos e que remetem para representação geral que lhes é comum.

A longevidade é um fenômeno do nosso tempo, da nossa sociedade. Assim sendo, governos, Fóruns de Cidadania, Conselhos de Direitos das Pessoas idosas, Universidades, ONGs, profissionais que trabalham junto com os idosos, pesquisadores, cada um de nós, enfim, juntos precisamos encontrar alternativas que promovam a dignidade da pessoa idosa, levando em consideração as múltiplas dimensões do processo do envelhecimento.

Apesar dos obstáculos que os Fóruns de Cidadania vêm enfrentando na sua trajetória como fragilidade de organização, falta de recursos financeiros para realização de suas atividades, estes não superam as conquistas alcançadas no que se refere à ampliação da participação social na dimensão local e do diálogo entre os poderes

executivo e legislativo municipal e participantes deste espaço coletivo sobre questões demandadas pela população idosa que reside na cidade de São Paulo.

Acreditamos que a inclusão da temática da longevidade humana, a partir de diálogos entre participantes dos Fóruns de Cidadania e grupos mais fragilizados: mulheres, negros, crianças e adolescentes, entre outros poderá construir caminhos, apontar alternativas na direção da construção de uma sociedade para todas as idades, solidária e fraterna para todos. Como nos ensina Freire "Não há amanhã sem projeto, sem sonho, sem utopia, sem esperança, sem o trabalho de criação e desenvolvimento de possibilidades que viabilizem a sua concretização" (Freire, 2005, p.85).

Por fim, merecer pontuar que as ações empreendidas nos Fóruns de Cidadania visando contribuir para um envelhecer mais saudável e no sentido da construção de uma sociedade solidária, fraterna e para todas as idades são relevantes pois, como afirma Wanderley "

Vivemos numa época que carece de novas utopias, novos experimentos e iniciativas, não apenas sonhos ou desejos românticos afastados da realidade, mas projetos antecipatórios de um novo ideal de convivência, que seja capaz de incluir a subjetividade, individual e coletiva, e que estimule o desenvolvimento da solidariedade (Wanderley,2004, como citado em SANTOS, 2007, p.57).

REFERÊNCIAS

ARENDT, H. **A condição humana**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1991.

BARROSO, Áurea E. Soares. Participação da sociedade civil em políticas públicas voltadas à população idosa. **Envelhecimento e Saúde**. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 47, p. 33-35, 2009.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 4 jan

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. 03 out. 2003: 11. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
» http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 15 de junho de 2021.

BRASIL. **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* 2006; 19 out

CARLETTO, A. C. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania. **Indicadores Sociodemográficos da população idosa residente na cidade de São Paulo.** 2020

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Um breve histórico dos direitos humanos. In: CARVALHO, José Sérgio. **Educação, cidadania e direitos humanos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004

DEBERT GG (org). **Antropologia e velhice:** textos didáticos. Campinas: IPCH/Unicam, 1994

DIESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Boletim Especial nº 01 - Quem são os idosos brasileiros** <https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html> Acesso em 09 set 2021

DÓREA, Egídio. Revolução da Longevidade. RIOTO, Inês Andrade; BARROSO, Áurea Soares; VIANA, Edgard Borsoi. (Orgs). **Morar 60 Mais. Revolucionando a moradia em face da longevidade.** A4 Editora, 2021

FALEIROS, V. P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. Argumentum (Vitória), v. 6, p. 6-21, 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido** 41.ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra, 2005

FREIRE, Paulo. **Extensão ou Comunicação?** 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

GOHN, M. G. M. . Desafios dos movimentos sociais hoje no Brasil. **Ser Social** (UnB), v. 15, p. 301-311, 2013.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população: Brasil e unidades da federação. In: IBGE. **Coordenação de população e indicadores sociais.** 2.ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. Revisão 2018.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. 2. ed. São Paulo: Veras Editora, v. 1. 2012

NERI, A. L. (Org). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, SP, 2007

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde** (2015) <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> Acesso em 15/08/2021

PEREIRA, A.M.V. B. ROSA, A.C.D.S. **Linha guia da saúde do idoso. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná**. Superintendência de Atenção à Saúde. Curitiba : SESA, 2018.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Direitos Humanos e Cidadania. **Indicadores Sociodemográficos da população idosa residente na cidade de São Paulo**. 2020

RAMOS, L. R. **Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), v. 47, p. 40-42, 2009.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BARROSO, Áurea Eleotério

Soares; LOUVISON, Marília Cristina Prado. Prado. **Velhices: experiências nas políticas do envelhecimento ativo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013

SANTOS, Luís Miguel Luzio dos. **Organizações da sociedade civil: entre a solidariedade libertária e a liberal**. 2007. 249 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

TÓTORA, Silvana. A vida nas dobras... as dobras da velhice. In. **A Terceira Idade** SESC-SP. v.19, no. 43, p. 27-38. São Paulo, outubro de 2008.

VIEIRA, Evaldo Amaro. **Os direitos e a política social**. São Paulo: Cortez, 2. ed. 2007.

UNFPA, Fundo de População das Nações Unidas. **Resumo Executivo Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2021.

i Trata-se de estudo longitudinal, os primeiros resultados foram obtidos em pesquisa de Doutorado desenvolvido pela primeira autora sob orientação da segunda, no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUCSP " Trajetória dos Fóruns Regionais de Cidadãos Idosos e do Interfórum do Cidadão Idoso: um sujeito coletivo e político em movimento – São Paulo, 1995-2005"

INTERVENÇÕES ON-LINE PARA CUIDADORES DE IDOSOS (AS) COM ALZHEIMER EM TEMPOS ADVERSOS: DEMANDAS, POSSIBILIDADES E DESAFIOS

MARIA CHRISTIANE DOS SANTOS CERENTINI

Especialista em Gerontologia e mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP);

CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

Doutora, docente da pós-graduação da UNICAP.

CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA

Doutora, docente da pós-graduação da UNICAP.

RESUMO

O avanço da medicina, inovações tecnológicas, criação da pílula anti-concepcional, melhoria nas condições de vida e conhecimentos, entre outros, favoreceram ao fenômeno da longevidade. Percebe-se aumento de incidência e prevalência de doenças crônicas incapacitantes, dentre elas a doença de Alzheimer. Nesse cenário surge a importância do cuidador (a) de idosos (as), trabalho que pode ser gratificante, mas envolve muito empenho, podendo chegar ao estresse crônico. Nesse sentido a psicogerontecologia apresenta-se como um recurso relevante para melhoria da qualidade de vida dos cuidadores de idosos com Alzheimer. O presente estudo teve como objetivo perceber a importância das intervenções on-line para cuidadores informais em tempos adversos apresentando suas demandas, possibilidades e desafios. Neste capítulo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, no período de 2011 a 2021. Foram utilizadas as bases de dados BVS Saúde, Lilacs, Medline e Google acadêmico. Diante dessa busca foram observados recursos, por intermédio da tecnologia, que contribuíram a diminuição do estresse do cuidador(a). Destaca-se: intervenção **on-line** de **Mindfulness**, dispositivos e aplicativos de comunicação baseados em computador, como **e-mail** e a **World Wide Web** (a Internet), Web novela, aconselhamento **on-line** individualizado e psicoterapia on-line. Dentre as intervenções mencionadas a psicoterapia on-line apresenta-se como fundamental em momentos adversos, como numa pandemia, onde as pessoas encontram dificuldade ao deslocamento, e as crises existenciais tornam-se proeminentes.

Palavras-chave: cuidador de idoso; doença de Alzheimer; psicologia on-line; psicogerontecologia.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida aumentou enormemente em todos os países do mundo. No Brasil, segundo o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE (2019), a esperança de vida dos idosos aumentou em 8,3 anos entre 1940 a 2019. Assim, a longevidade é um fenômeno atual determinado pelo maior tempo de vida alcançado pelos idosos.

Essa situação é decorrente da transição demográfica, que corresponde a uma mudança no comportamento da mortalidade e fecundidade de um país, o que provoca alguns efeitos principalmente na estrutura etária, gerando o envelhecimento populacional. Este fato decorre de algumas conquistas da sociedade como, por exemplo: avanço da medicina, inovações tecnológicas, criação da pílula anti-concepcional, melhoria nas condições de vida e conhecimentos, entre outros.

Mesmo que tal conquista seja considerada o maior fenômeno da humanidade, toda a sociedade está sujeita a enfrentar grandes desafios decorrentes deste processo. Um deles corresponde a observar as demandas provenientes do envelhecimento. O crescimento da expectativa de vida vem sendo acompanhado pelo aumento da prevalência de agravos à saúde e perda das funcionalidades.

Envelhecer não significa, necessariamente, adoecer (MIRANDA *et al.*, 2016). Entretanto, "o envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas" (RIBEIRO; BORGES, 2018, p. 726). Por outro lado, pode-se considerar fator de proteção o estilo de vida saudável adotado pelos indivíduos, ao longo de toda a vida. Alimentação regrada, praticar exercícios físicos moderados, ter apoio social, recorrer à espiritualidade, entre outras, são condições que influenciam na diminuição do risco para incapacidades e doenças crônicas na fase da velhice (CAVALCANTI *et al.*, 2016).

O próprio processo de envelhecimento favorece a incidência das doenças crônicas nessa faixa etária, dentre elas as demências, especificamente a Doença de Alzheimer, que corresponde aproximadamente 50 a 60% dos casos (CANINEU, 2013). Essas pessoas requerem cuidados especiais. Como consequência, observa-se um progressivo

aumento de pessoas que estão se dedicando aos cuidados constantes ao idoso (a) com Alzheimer.

É importante esclarecer que a demência passou a ser denominada pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) como Transtorno Neurocognitivo Maior (TNM) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). No referente capítulo, será utilizado o termo Doença de Alzheimer por ser ainda comumente referido nas publicações.

A Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta por deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações com portais mentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 3).

O aumento da incidência e da prevalência das doenças crônico-degenerativas, a partir do final do século XX, fez emergir no cenário nacional a figura do(a) cuidador(a) de idosos, evidenciando a importância de caracterizá-lo e de compreender suas necessidades (CESÁRIO *et al.*, 2017). Trata-se da pessoa que assume a responsabilidade de cuidar de outra que é dependente.

O cuidado é exercido por cuidadores formais e informais (familiar). O primeiro exerce esse trabalho remunerado, ao passo que o segundo realiza a atividade de forma voluntária, geralmente, é um familiar, vizinho ou pessoa da comunidade.

Esta pesquisa teve como objetivo geral: perceber a importância das intervenções on-line para cuidadores informais em tempos adversos apresentando suas demandas, possibilidades e desafios. Como objetivos específicos: a) entender a contribuição da psicogerotecnologia para a redução do estresse do cuidador informal; b) conhecer serviços de psicoterapia on-line que atendam cuidadores de idosos; c) compreender os benefícios da psicogerontecnologia aos cuidadores de idosos.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Neste capítulo, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, sendo os artigos publicados em português, inglês ou espanhol, no

período de 2011 a 2021. Foram utilizadas as bases de dados BVS Saúde, Lilacs, Medline e Google acadêmico.

Os descritores utilizados foram os Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Heading (BVS DeCS/MeSh), utilizando as palavras-chave: cuidador de idoso, Doença de Alzheimer, psicologia on-line, psicogerontecologia. Foram utilizados os operadores booleanos "AND" e "OR", como também aspas ("") para a expressão "cuidador de idosos".

3 CUIDADOR (A) DE IDOSOS (AS) COM ALZHEIMER: DEMANDAS EMERGENTES

Cuidar do outro pode ser gratificante, pois possibilita desenvolver algumas competências e habilidades, uma vez que pode ser visto ou sentido como uma retribuição dos cuidados ao ente querido ou satisfação, mas exige tempo, paciência e leva a muitas mudanças na rotina pessoal e familiar.

Nas investigações realizadas com grandes amostras populacionais, cerca de um terço dos cuidadores não relatou tensão nem efeitos negativos à saúde. Nos estágios iniciais do cuidado, é mais comum isso acontecer, porém algumas pessoas mencionaram que, mesmo com demandas mais intensas de cuidado resultando em altos níveis de angústia e depressão, os cuidadores citaram aspectos positivos da experiência. Eles expressaram que se sentiam bem consigo mesmos, que o cuidado dava sentido à sua vida, aprenderam novas habilidades e fortaleceram o relacionamento com os outros (SCHULZ; SHERWOOD, 2008).

Segundo Schultz e Sherwood (2008) os recursos pessoais positivos estão relacionados às estratégias de enfrentamento e acesso ao suporte social. Estes são mediadores do processo de estresse que podem ajudar a mitigar resultados adversos. No entanto, cuidar pode levar a efeitos positivos, como uma sensação de crescimento interior enquanto enfrenta desafios.

Outrossim, os cuidadores familiares desempenham um papel fundamental na manutenção da vida dos indivíduos enfermos que necessitam de cuidados. No entanto, estudos relatam também que tais cuidadores poderão apresentar ansiedade, depressão, estresse, tensão, privação de sono, sentimento de impotência, desamparo,

dificuldades financeiras, ficam mais isolados socialmente, apresentam dificuldades para gerir o trabalho fora de casa. Muitos deles precisam sair do emprego para se dedicar ao cuidado contínuo com o familiar doente, o que afeta sua qualidade de vida e diminui os recursos financeiros para arcar com as despesas que a doença requer (DELALIBERA *et al.*, 2015).

A literatura aponta que o estresse do (a) cuidador(a) tende a se agravar com a evolução da doença. Em relação à situação descrita anteriormente, pode-se acrescentar: falta de informações suficientes aos cuidadores para exercer o cuidado; poucos recursos sociais de apoio; escassez de pessoas especializadas que possam dar suporte e poucas fontes de apoio emocional. Tudo isso pode acarretar sentimentos negativos (CAMARGO, 2010).

Com o passar do tempo, o (a) idoso (a) se torna mais dependente e, conseqüentemente, os cuidadores podem se sentir sobrecarregados, o que pode redundar em problemas físicos como, por exemplo, cefaléia, fadiga crônica, alterações do sono; problemas psíquicos expressos por depressão, ansiedade e insônia. Trata-se de sintomas que levam o (a) cuidador (a) ao desconforto emocional. Tal situação pode culminar em doenças agudas ou crônicas e, como consequência, no aumento do uso de medicamentos, tornando o cuidador em alguns casos tão doente quanto a pessoa que precisa de seus cuidados (ANDRADE *et al.*, 2019). No entanto, tal situação é decorrente de sobrecarga também psicológica, social e financeira.

Atualmente, acrescenta-se ao contexto a pandemia do novo Corona vírus (Síndrome Respiratória Aguda Grave) que afetou a todos de modo inesperado. Diante desse novo elemento, foram necessárias medidas sanitárias como: isolamento social, restrição de acesso ao serviço médico, cuidado de higienização das mãos com álcool em gel, entre outros. Em consequência, foi percebido o aumento da ansiedade, medo e depressão, entre outros fatores de comprometimento à saúde mental.

Com esse panorama, o (a) cuidador (a) de idoso (a) se depara com mais um cuidado que vai oferecer ao doente, agora relacionado às medidas de prevenção ao COVID -19. Além disso, ele (ela) também deverá saber lidar com a pessoa cuidada nesse momento, por haver

piora do quadro de Alzheimer, devido ao isolamento e dificuldade no acompanhamento médico.

Os cuidadores informais de pessoas com DA ficaram mais preocupados com a pandemia e passaram a experimentar sobrecarga ou angústia em relação ao seu papel (BUDNICK *et al.*, 2021). Nesse sentido, o cuidado tornou-se redobrado tendo em vista que o grupo dos idosos figurou como um dos mais susceptíveis às complicações da COVID -19, porque eram necessárias ações preventivas ligadas diretamente ao comportamento e à higiene. Assim, as recomendações de segurança com idosos vão muito além das que já eram realizadas diariamente. Com a crise sanitária, exacerbou-se a carga de trabalho dos cuidadores, expondo- os às situações de maior vulnerabilidade física, emocional e psicossocial (BATELLO *et al.*, 2020).

Vivenciando novo contexto, os cuidadores perceberam a necessidade de apoio para dar continuidade aos cuidados diários. Serviços *on-line* de teleatendimento à saúde foram um dos recursos satisfatórios diante desse cenário. A psicoterapia *on-line* tornou-se proeminente, mas poucos serviços conseguiram dar conta das demandas que estavam emergindo durante esse momento, principalmente levando em conta as pessoas que integram classes menos favorecidas.

As demandas que fazem parte do ato de cuidar de um (a) idoso (a) com DA podem ser exaustivas e opressoras, porém existem passos que podem ser seguidos para controlar o estresse e recuperar o senso de equilíbrio e qualidade de vida.

4 PSICOGERONTECNOLOGIA A SERVIÇO DOS CUIDADORES DE IDOSOS COM ALZHEIMER

Serviços on-line direcionados à saúde mental são atividades desenvolvidas há algumas décadas, inclusive para cuidadores de idosos (as). Conforme Guay *et al.*, (2017), as intervenções baseadas em tecnologias de informação incluem programas terapêuticos com objetivos de promoção da saúde. Elas podem ser classificadas como: intervenções educacionais baseadas na Web, intervenções terapêuticas de autoajuda, intervenções terapêuticas baseadas em aconselhamento on-line entre outras. Nesse sentido, as ferramentas na era digital têm sido

propostas como possíveis recursos para melhorar os resultados em relação à saúde mental.

Temos como exemplo a intervenção *on-line* de **Mindfulness** para cuidadores de idosos (as) que apresentam estresse e sobrecarga. Esta é uma prática de meditação, promovendo um estado cognitivo de autoconsciência com a finalidade de obter equilíbrio emocional e mudança na perspectiva de si. Como forma de reduzir o impacto, o uso da tecnologia está se tornando uma ferramenta eficaz para essa demanda e tem eficácia comprovada. Esse formato de intervenção é importante porque muitas pessoas não têm condições de participar de sessões presenciais frequentes (TKATCH *et al.*, 2017).

Blaschke *et al.* (2009) destacam que vários estudos foram realizados para examinar o impacto das intervenções *on-line* nos cuidadores. Foi observado que eles podem usar ferramentas na internet para buscar informações sobre condições de saúde desconhecidas, como também para participar em fóruns por meio de videoconferência. Assim, isso favorece a maior confiança para tomada de decisão e contribui com os níveis reduzidos de tensão do cuidador.

Os autores ainda acrescentam que as tecnologias da informação e comunicação incluem dispositivos e aplicativos de comunicação baseados em computador, como *e-mail* e a **World Wide Web** (a Internet). Pesquisas sobre o uso de TICs mostraram que elas podem impactar positivamente na qualidade de vida dos adultos mais velhos.

Outro recurso utilizado nos países hispânicos foi a Webnovela. Trata-se de uma novela *on-line* em espanhol que contém uma combinação de entretenimento e psicoeducação. Foi projetada para ensinar cuidadores a lidar com a pessoa com demência. Ela contribui para melhorar o bem-estar, depressão, diminuir o estresse, aumentar o conhecimento das habilidades de enfrentamento e melhorar a qualidade de vida dos cuidadores. Além disso, a tecnologia permite que os programas atinjam um público mais amplo de maneira econômica. De acordo com essa intervenção, os resultados apontaram: melhoria do conhecimento, diminuição da depressão e redução do estresse (KAJIYAMA *et al.*, 2018).

É importante pontuar a existência de sites que fornecem para os cuidadores informações sobre a pessoa com a demência, mas poucos fornecem informações sobre a manutenção da saúde psicológica dos

cuidadores, como desenvolver estratégias de enfrentamento psicológicas eficazes e dominar as habilidades de redução do estresse para gerenciar sua carga de cuidados. Assim, essa psicoeducação tem se mostrado eficaz na redução dos sintomas depressivos de cuidadores familiares com demência (KWOK *et al.*, 2014).

Há sites que oferecem suporte de aconselhamento *on-line* individualizado para cuidadores familiares, utilizando a terapia cognitivo-comportamental (TCC) como referencial teórico. Este estudo piloto sugeriu que a TCC fornecida *on-line* foi eficaz em ajudar os cuidadores familiares se sentirem menos angustiados e ansiosos (KWOK *et al.*, 2014).

5 PANDEMIA NA ERA DIGITAL: NOVAS TENDÊNCIAS PARA A PSICOTERAPIA

A psicoterapia *on-line* é mais uma ferramenta para não deixar o paciente sozinho nessa fase tão difícil de restrição social e incertezas na epidemia do COVID19, uma vez que corrobora com as recomendações de distanciamento social. Dessa forma, é possível evitar a circulação desnecessária e, ao mesmo tempo, garantir atendimento psicossocial e/ou psicoterápico de qualidade. É importante salientar que a migração para o atendimento remoto exige adequações de a prática do psicólogo, pois requer adequação ao manejo (FIOCRUZ, 2020).

Os serviços psicológicos realizados por meio de tecnologia da informação e da comunicação representam uma prática já utilizada pelos psicólogos e, atualmente, é regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia com a resolução CFP nº 11/112018. Tornou-se mais utilizada a partir da necessidade de restrição social com a pandemia.

O atendimento via tecnologias de informação e comunicação (TICs) deve seguir o código de ética das categorias profissionais, as informações dos conselhos profissionais e as autoridades sanitárias. O cuidado especializado permite a estabilização emocional emergencial, a fim de evitar transtornos psicopatológicos a médio e longo prazos. Pessoas com história prévia de instabilidade psíquica ou transtorno mental grave solicitam melhor atenção neste contexto (FIOCRUZ, 2020).

Diante desse fato, a psicoterapia on-line requer alguns cuidados e atenção. De acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia, nem todos os casos teriam perfil para serem atendidos em uma psicoterapia on-line.

A Resolução CFP nº 011/2018 estabelece como inadequado o atendimento psicológico on-line de pessoas e grupos em situação de urgência, emergência e desastres, bem como em situação de violação de direitos ou de violência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A psicoterapia on-line já é praticada no exterior desde o começo dos anos 2000, com resultados bastante positivos. Diversos estudos para avaliar a efetividade do sistema têm se mostrado favoráveis à prática, embora ainda ocorram questionamentos a respeito do empobrecimento da relação terapêutica e questões éticas sobre a confidencialidade” (ESTADÃO, 2021).

É importante ressaltar que algumas pessoas podem não ter domínio das ferramentas tecnológicas, como também apresentar limitações para uso de equipamentos na área auditiva, visual ou motora. Uma questão ética frequentemente levantada pelos profissionais envolve a ameaça potencial à privacidade dos usuários e, desse modo, isso exige cuidado redobrado.

Por outro lado, a psicoterapia on-line apresenta algumas vantagens, como é a necessidade das pessoas nos tempos atuais e, principalmente, dos cuidadores de idosos com DA. Além disso, é um tipo de atendimento mais econômico, visto que não há deslocamento do (a) paciente ao local de atendimento e, em muitos casos, o próprio valor da terapia torna-se mais adequado às condições do paciente, ou mesmo é gratuito.

No Brasil, observa-se um crescimento rápido desse tipo de atendimento psicológico, decorrente da situação da pandemia de 2019, que exigiu o isolamento social, e vem beneficiando grande demanda no que se refere à saúde mental.

É urgente que as autoridades governamentais tenham um olhar mais criterioso para o público de cuidadores que, muitas vezes, já se encontram com sua saúde mental comprometida e que se soma a um

contexto que os torna mais vulneráveis. Uma possibilidade é o atendimento on-line como medida para melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, GISELLE. NASCIMENTO. *et al.* A dor em idosos que cuidam: uma revisão integrativa. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 25, 2019. p. 1-10

BATELLO, GUIOMAR. VIRGÍNIA. VILELA. ASSUNÇÃO. TOLEDO. *et al.* (2020). Cuidadores de idosos em situação de pandemia sobre a cuidar e ser cuidado. Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica - ABEn/TO. **Enfermagem e Pandemia**, v. 2, 2020. p. 20-25.

BLASCHKE, CHRISTUNA. M. *et al.* (2009). Ageing and technology: A review of the research literature. **British Journal of Social Work**., v. 39, 2009. p. 641-656.

BUDNICK, ANDREA. *et al.* Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. **BMC Health Services Research**., v. 21, n. 1, 2021. p. 1-11.

CAMARGO, RENATA.CRISTINA.VIRGOLIN. FERREIRA . Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Revista Eletrônica Salud Mental, Alcohol y Drogas**. Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, 2010. p. 231-254.

CANINEU, PAULO. A Doença de Alzheimer. *In*: CAOVILLA, V. P.; CANINEU, P. (orgs.). Você não está sozinho, nós continuamos com você. **Associação Brasileira de Alzheimer**. Novo Século, pp.33-44, 2013.

CAVALCANTI, ALANA. DINIZ. *et al.* Envelhecimento ativo e estilo de vida saudável. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**., Porto Alegre, v. 21, n. 1, 2016. p. 71- 89.

CESÁRIO, VANOVA. ALVES. CLAUDINO. *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde Debate**., *Rio de Janeiro*, v. 41, n. 112), 2017. p. 171-182.

DELALIBERA, MAYRA. *et al.* Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**., v. 20, n. 9, 2015. p. 2731-2747.

ESTADÃO. **Os principais desafios do atendimento psicológico on-line.** In: SUMMIT SAÚDE BRASIL 2021. Disponível em: <https://summitsaude.estadao.com.br/desafios-no-brasil/os-principais-desafios-do-atendimento-psicologico-online-2/>. Acesso em: 14 jul. 2021

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ, 2020. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações aos psicólogos para o atendimento on-line. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%C3%BAde-e-Mental-e-Aten%C3%A7%C3%A3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomenda%C3%A7%C3%B5es-aos-psic%C3%B3logos-para-o-atendimento-online-1.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2021.

GUAY, CASSIOPPÉE. *et al.* Components and Outcomes of Internet -Based Interventions for Caregivers of Older Adults: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research.**, Canadá, v. 19, n. 9, 2017. p. 1-18.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Agência IBGE Notícias**, 2019. Disponível em: <https://agenciadnoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 06 jul. 2021

KAJIYAMA, BRUNO. *et al.* Helping hispanic dementia caregivers cope with stress using technology-based resources. **Clinical Gerontologist**, v. 41, n. 3, 2018. p. 209-216.

KWOK, TIMOTHY. *et al.* Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on family caregivers of people with dementia. **Clinical Interventions in Aging.**, v. 9, 2014. p. 631-636.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e atenção psicossocial na Pandemia COVID -19:** recomendações para os psicólogos para o atendimento on-line. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2020. p. 1-14.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017. **Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas. Doença de Alzheimer.** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/poc0013_08_12_2017.html. Acesso em: 06 jul. 2021

MIRANDA, GABRIELA. MORAES. DUARTE. *et al.* O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.**, v. 19, n. 3, 2016. p. 507-519.

RIBEIRO, MARIANA. SANTOS; BORGES, MOEMA.SILVA Percepções sobre envelhecer e adoecer: um estudo com idosos em cuidados paliativos. **Revista**

Brasileira de Geriatria e Gerontologia., Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, 2018. p. 725-734.

SCHAPIRA, MOISÉS. Impacto psicosocial de la pandemia por COVID -19 em adultos mayores con demência y sus cuidadores. **Revista Argentina de Salud Pública.** Buenos Aires., v.12, 2020. p. 1-5.

SCHULZ, RICHARD; SHERWOOD, PAULA .R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. **Journal of Social Work Education**, v. 108 (9 sup.), 2008. p. 23-27.

TKATCH, RIFKY. *et al.* A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. **Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine.**, v. 22, n. 4., 2017. p. 736- 743.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução nº11, CFP nº 11/2018 Disponível em <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/05/RESOLU%C3%87%C3%83O-N%C2%BA-11-DE-11-DE-MAIO-DE-2018.pdf>. Acesso em 09 jul.2021.

AS AVÓS ENCARCERADAS E SEUS NETOS: UM OLHAR DA PSICOGERONTECNOLOGIA

DANIELY DA SILVA DIAS VILELA

Doutoranda em Psicologia Clínica - Universidade Católica de Pernambuco/ UNICAP.
E-mail: daniely.2021803044@unicap.br

CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

Doutora em Psicologia Clínica. Docente da Graduação e Pós-graduação (PPGSI)
-Universidade Católica de Pernambuco/ UNICAP. E-mail: cristina.msbd@gmail.com

CIRLENE FRANCISCA DE SALES SILVA

Doutora em Psicologia Clínica. Docente da Graduação e Pós-graduação (PPGSI)
- Universidade Católica de Pernambuco/ UNICAP. E-mail: cirlene.silva@unicap.br

RESUMO

Este estudo de revisão narrativa da literatura teve o objetivo geral de investigar como a Psicogerontecnologia pode influenciar na relação das avós encarceradas e seus netos. Mais especificamente almejou: 1) caracterizar a relação das avós encarceradas e seus netos; 3) argumentar como a Psicogerontecnologia pode contribuir para amenizar os impactos provocados pelo contexto pandêmico sobre essa relação. O crescimento da população de idosos no Brasil é um fenômeno igualmente observado dentro das penitenciárias. Entre os 10.000 idosos encarcerados encontram-se as mulheres idosas, que, na maioria das vezes, são mães, esposas e avós. A vida no cárcere é bastante desafiadora, pois a baixa representatividade em um sistema construído para homens contribui para sua invisibilidade e dificulta o acesso a direitos. A esse contexto, somam-se as influências e modificações que ocorrem no universo social e político. Dentre essas mudanças, merece destaque a Pandemia da COVID 19 com a suspensão das visitas as unidades prisionais e, em consequência, o distanciamento entre as avós e seus netos. A separação dificultou esse relacionamento e trouxe repercussões à saúde mental e física dessas mulheres. Diante disso, a Psicogerontecnologia busca compreender sistemicamente a pessoa idosa em desenvolvimento, na interface com a elaboração de estratégias que possibilitem o uso das tecnologias, a fim de proporcionar maior qualidade de vida e saúde mental a essas pessoas. Logo, faz-se necessário discutir ações e políticas públicas que possam ser implementadas em prol da manutenção desses vínculos em contexto prisional.

Palavras-chave: Avós, Penitenciária, Netos, Psicogerontecnologia.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS, 2018) pressupõe que a população mundial de idosos, nos próximos 30 anos, chegará a quase duplicar passando de 12% a 22%. Ademais, 80% dela habitará países de baixa e média renda como o Brasil, lar de aproximadamente 20 milhões de idosos (IBGE, 2020). O crescimento desse contingente populacional vem ocorrendo desde a primeira metade do século XX (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O referido aumento também foi observado dentro das penitenciárias no Brasil (CARMO; ARAÚJO, 2011; MELO; COELHO; OLIVEIRA; SOUZA, 2016; GHIGGI, 2012, 2018; KEINERT, 2009; MAGALHÃES, 2017; MONTEIRO, 2013; OLIVEIRA; COSTA; MEDEIROS, 2013; POMPEU, 2015; VILELA, 2021). Os idosos encarcerados representam 1,4 % da população total, ou seja, cerca de dez mil em um total de 748.009 mil pessoas privadas de liberdade (INFOPEN, 2019). Em comparação com a população geral, pode não representar um dado alarmante, contudo o número de idosos encarcerados apresentou um aumento de 660% entre os anos de 2005 e 2019 (CARMO; ARAÚJO, 2011; INFOPEN, 2019; MELO et al., 2016; VILELA, 2021).

Entre os 10.000 idosos encarcerados, encontram-se as mulheres idosas, que, na maioria das vezes, são mães, esposas e avós. De acordo com Vilela (2021), diversos fatores contribuem com o envolvimento da mulher idosa com a criminalidade, dentre eles: "características de personalidade; história de vida; baixos salários de aposentadoria e, em consequência, a falta de garantia de meios para sobrevivência; vínculos familiares, mais precisamente os vínculos com filhos e netos [...]" (p. 84).

Conforme a autora mencionada, a vida dessas mulheres no cárcere é bastante desafiadora, pois a baixa representatividade em um sistema construído para homens favorece a sua invisibilidade e dificulta o acesso aos direitos. A esse contexto, somam-se as influências e modificações que ocorrem no universo social e político. Dentre essas mudanças, merece destaque a Pandemia da COVID 19. Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde – OMS declarou emergência de saúde pública de importância internacional em função

do surto da doença, provocada pelo vírus SARS-CoV-2. Em março, as autoridades de saúde apontaram os primeiros casos no Brasil (OPAS/OMS, 2021).

De elevada transmissibilidade e potencialmente grave, a infecção respiratória aguda tomou rapidamente proporções globais. Tal situação representava um grave risco à saúde e manutenção da vida da população carcerária no Brasil, sobretudo dos idosos(as), devido às péssimas condições físicas, de higiene e superlotação das unidades prisionais (INFOPEN, 2019; POMPEU, 2015; VILELA, 2021).

Diante disso, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) emitiu a recomendação de nº 62, publicada em 17 de março de 2020, na qual Tribunais e Magistrados foram orientados a adotar medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo e, com isso, parte das pessoas que integravam grupos de risco foram postas em regime domiciliar. No entanto, muitos(as) idosos(as) permaneceram presos(as) e, para eles, essas deliberações tiveram outras consequências. Primeiro, o não acesso às provisões trazidas pelos familiares e, em segundo lugar, a restrição quanto ao número de visitantes, o que provocou, principalmente, a quebra das relações presenciais entre as avós encarceradas e seus netos (VILELA, 2021).

O CNJ (2020) reconheceu que a Pandemia afetou circunstancialmente a vida das pessoas privadas de liberdade e a de seus familiares. Acrescentou que a superlotação das unidades prisionais no Brasil e a má condição estrutural e de saúde configuram circunstâncias adversas às recomendações das autoridades sanitárias. Assim, seria necessário pensar ações e políticas para essa população, a fim de amenizar os diversos impactos provocados pela Pandemia, além dos já existentes.

Em suma, no Brasil, a Pandemia evidenciou disparidades sociais, econômicas, políticas e culturais já presentes, tornando o enfrentamento à doença ainda mais árduo. A pobreza, a não ampliação de testagem da doença, a morosidade diagnóstica, a falta de vacinas, a ausência de um discurso unificado, além da carência de recursos na saúde outrora já escassos, são fatores que contribuem para o aumento das adversidades no contexto prisional (SOUZA; NJAINE; RIBEIRO; LEGAY; MEIRA, 2020). Essa realidade afeta com maior veemência grupos mais vulneráveis, como é o caso das pessoas idosas encarceradas.

Portanto, este estudo de revisão narrativa da literatura teve o objetivo geral de investigar como a Psicogerontecologia pode influenciar na relação das avós encarceradas e seus netos. Mais especificamente almejou: 1) caracterizar a relação das avós encarceradas e seus netos; 3) argumentar como a Psicogerontecologia pode amenizar os impactos provocados pelo contexto pandêmico sobre essa relação. Em consequência do momento atual, faz-se necessário discutir ações e políticas públicas que possam ser implementadas em prol da manutenção desses vínculos em contexto prisional.

A relação de avós encarceradas e seus netos

O lugar e o papel dos avós mudaram ao longo do tempo. Alguns relatos datam a partir do século XVIII (RAMOS, 2005; 2017) mas foi a partir da primeira metade do século XX, em meados da década de 40, que as relações entre avós e netos ganharam notoriedade e se tornaram alvo de investigações (OLIVEIRA, 2011). Cardoso (2011) e Ramos (2017) acreditam que esse olhar foi reforçado pelo número crescente de avós em decorrência da maior longevidade humana.

Na década de 60, o aumento nas taxas de natalidade e de casamentos reforçou o modelo de família nuclear vigente, afastando os avós do convívio familiar. À época, o papel deles se restringia a visitar os netos, brincar e contar histórias (DIAS; SILVA, 1999). A partir dos anos 60 e 70, houve considerável aumento no número de divórcios, o que reforçou o papel importante das avós em momentos de crise na família. Posteriormente, elas passaram a ocupar um lugar privilegiado, de poder, devido ao apoio emocional e financeiro prestado às famílias (RAMOS, 2011). As vantagens do convívio entre as avós e seus netos foram destacadas a partir dos novos arranjos familiares que surgiram na década de 90 (OLIVEIRA, 2011).

Rabinovich e Bastos (2019) advertem que as temáticas dos avós e do envelhecimento não devem ser confundidas, uma vez que algumas mulheres se tornam avós aos 40 anos de idade ou até mesmo antes, sendo denominadas como avós precoces. Entretanto, ressaltam que há um cruzamento desses temas quando se fala em intergeracionalidade. De acordo com Dias (2015), o relacionamento intergeracional ocorre quando gerações distintas interagem. Independente de terem

algum parentesco, estes relacionamentos são permeados por afetos que incluem cuidado, fidelidade, conflitos, responsabilidade, entre outros. Os avós desempenham um importante papel na vida familiar, que vai além do apoio econômico e educacional, uma vez que representam uma importante referência na vida dos netos.

A relação das avós encarceradas e seus netos decorreu da investigação de mestrado realizada por Vilela (2021) em duas penitenciárias do estado de Pernambuco durante a pandemia da COVID 19. Mesmo que não tenha sido o alvo da pesquisa, o tema se sobressaiu frente aos impedimentos encontrados por essas avós para estabelecer o contato físico e /ou permeado pelas tecnologias, com seus netos. Em outros contextos, o uso das tecnologias foi e tem sido utilizado para a manutenção desses relacionamentos.

Para a autora citada, os netos em alguns momentos acompanhavam as mães nas visitas à instituição prisional, mas, em função da Pandemia, a entrada de pessoas na unidade passou a ser controlada e, em alguns momentos, foi suspensa. Essas medidas aprofundaram a distância entre as avós e seus netos.

Em linhas gerais, as avós estabelecem um contato mais próximo, caloroso e afetuoso com os netos, em comparação aos avôs. Em função do aumento no número de divórcios, visto que a guarda da criança permanece com a mãe, as avós maternas mantêm-se mais próximas dos netos que os avós paternos (DIAS, 2016; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Vilela (2021) observou que este fenômeno se estendia às avós maternas encarceradas. Antes de serem presas elas já eram as cuidadoras de seus netos, o que acarretou sofrimento para ambos, quando do encarceramento. A distância dificultou esse relacionamento e trouxe consequências à saúde mental e física dessas mulheres.

Entretanto, alguns estudos (PAPALIA; FELDMAN, 2013) apontam que a distância não afeta obrigatoriamente a qualidade dos vínculos entre avós e netos, desde que continue sendo mantido por outras formas (telefonemas, cartas, vídeos, entre outros). No caso das avós encarceradas, eram as filhas que mediavam o relacionamento entre elas e seus netos. Vale ressaltar que, em contexto prisional, não é permitida a entrada de aparelhos móveis por visitantes. No entanto, mesmo a distância as idosas podiam participar e contribuir com a tomada de decisões na família.

Contribuições da Psicogerontecologia

Nesse momento, passaremos a dissertar sobre o significado da palavra Psicogerontecologia. O termo deriva da junção das ciências Psicologia, Gerontologia e Tecnologia. Respectivamente, a primeira direciona atenção ao estudo dos processos mentais e do comportamento dos homens e animais; a segunda constitui uma área em que a medicina se voltava para os aspectos fisiológicos e patológicos dos idosos, inclusive os problemas clínicos do envelhecimento e da senilidade, mas, atualmente, tornou-se interdisciplinar e multidisciplinar com objetivo de apreender as diversas perspectivas e saberes na abordagem da pessoa idosa; a terceira faz uso dos princípios e métodos da ciência social para desenvolver estratégias práticas para confrontar e resolver conflitos e problemas da sociedade (BVS-PSI, 2021; DECS/MESH, 2021).

Nessa perspectiva, a Psicogerontecologia busca compreender sistemicamente a pessoa idosa em desenvolvimento, na interface com a elaboração de estratégias que possibilitem o uso das tecnologias, a fim de proporcionar maior qualidade de vida e saúde mental a essas pessoas.

O surgimento da Pandemia evidenciou a necessidade do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). Inicialmente, essas ferramentas foram vistas como algo que substituiria o relacionamento humano pela máquina. No entanto, Azambuja e Ramos (2019), ao investigarem a relação de avós e netos permeada pelo uso das TICs, perceberam que essas ferramentas foram eficazes para amenizar a falta do contato físico - como o abraço, o beijo, o afago, e outros - entre eles. Logo, esses estímulos foram compensados pela visão e audição, hoje possibilitados por chamadas de vídeos do WhatsApp, Skype, Google Meet, Zoom, dentre outros.

De acordo com as autoras, o uso desses dispositivos ameniza a distância geográfica e contribui com a continuidade do aprendizado e conhecimento entre avós e netos. "Além disso, a tendência para o uso destas ferramentas promove reforço afetivo intergeracional, proporciona a aquisição de competências básicas para interação/comunicação, desenvolve a cooperação e a confiança" (AZAMBUJA; RAMOS, 2019, p. 317). A proximidade proporcionada pelo ciberespaço

reforça a afetividade intergeracional e promove o desenvolvimento em geral.

No contexto prisional, a inserção tecnológica tem sido implementada em alguns Estados. Durante a Pandemia, audiências e visitas dos familiares foram substituídas por videoconferências. No tocante à visita familiar por meio remoto, só seria permitida às pessoas que estivessem cadastradas na lista de visitantes e as ligações deveriam ter cinco a quinze minutos de duração. O visitante teria a liberdade para falar de qualquer lugar, mas o preso deveria estar em uma sala preparada para a videoconferência e acompanhado de um agente prisional. Além das chamadas, os presos poderiam receber e-mails e cartas (G1-MT, 2020).

Um ano depois, percebe-se que algumas medidas tomadas durante a Pandemia tendem a permanecer. Além da adoção de videoconferência para visitas virtuais, os atendimentos jurídicos também se tornaram mais comuns. No estado de São Paulo, em junho de 2020, a utilização de tele audiências com advogados passou de 39, para todos os 176 presídios (VEJA, 2020).

A utilização das TICs no sistema penitenciário já estava sendo pensada, mas caminhava lentamente. Existia resistência por parte dos advogados que acreditavam na importância do contato físico para a sensibilização do Juiz. Entretanto, após a experiência que se estabeleceu durante a Pandemia, passou-se a um consenso: o atendimento on-line evita a paralisação dos trâmites judiciais e o deslocamento dos presos, reduzindo custos de modo geral (VEJA, 2020).

O uso das TICs no Sistema Penitenciário deve continuar em ascensão. Diante disso, a Psicogerontecnologia propõe a utilização dessas ferramentas para amenizar a distância entre as avós encarceradas e seus netos. Para isso, seria necessário criar adaptações no âmbito tecnológico - considerando a condição de pessoa idosa, seu desenvolvimento, suas características individuais, sociais, culturais e contextuais - que atendessem às exigências do contexto prisional. Logo, necessidades, limitações e possibilidades precisam ser dimensionadas e adequadas a partir de um olhar sistêmico.

Portanto, o desenvolvimento de habilidades no ciberespaço precisa ser estimulado, pois os estudos comprovam os benefícios para ambas as gerações (AZAMBUJA; RAMOS, 2019). A qualidade de vida

e a saúde mental das avós encarceradas, bem como a de seus netos, depende dessas interações. Fomentar o debate acerca de ações e políticas direcionadas às avós encarceradas e seus netos, consiste na tentativa de amenizar os impactos provocados nessas pessoas pelo contexto prisional, uma vez que as medidas tomadas em prol da população geral podem não atingir este público específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações entre as avós e seus netos tornou-se mais profunda e duradoura com o aumento da expectativa de vida. O envelhecimento da população trouxe repercussões para a vida familiar, ampliando a possibilidade de os membros experienciarem relacionamentos intergeracionais e multigeracionais mais duradouros. Com isso, os avós passaram a estar cada vez mais presentes na vida dos netos. Nos países em desenvolvimento como o Brasil, os avós participam cada vez mais ativamente da criação dos netos e de decisões tomadas na família

As avós encarceradas também desempenham papel importante na vida de suas famílias, pois antes de serem presas elas eram as cuidadoras dos seus netos. Mesmo a distância, as idosas podem participar e contribuir com a tomada de decisões na família.

Em função da Pandemia, as visitas presenciais dos familiares foram restritas, o que provocou distanciamento entre as avós encarceradas e seus netos. No contexto prisional, algumas medidas em prol da população geral foram implementadas no âmbito tecnológico a fim de amenizar os impactos provocados pelo momento atual. No entanto, a demanda de presos é muito grande e alguns idosos ficaram sem contato com suas famílias.

Diante disso, torna-se necessário fomentar ações e políticas direcionadas à manutenção das relações entre avós encarceradas e seus netos, por meio das tecnologias. A Psicogerontecnologia propõe que as necessidades, limitações e possibilidades da pessoa idosa encarcerada, sejam avaliadas e, a partir disso, adequadas para que avós e netos se beneficiem do uso das TICs.

Oficinas de treinamento para manusear as TICs facilitariam o aprendizado e estimulariam as funções cognitivas da pessoa idosa,

geralmente em declínio nesta fase do ciclo vital. Essas atividades podem ainda favorecer a inserção de idosos(as) encarcerados em programas de reintegração social. As interações produzidas por meio remoto, conforme estudos apresentados, tendem a produzir qualidade de vida e melhorar a saúde mental das avós encarceradas, bem como a de seus netos.

Portanto, espera-se colaborar com a literatura e vislumbra-se a possibilidade de subsidiar reflexões que possibilitem a criação de estratégias para atenuar os impactos biopsicossociais relacionados com as avós prisioneiras e seus netos.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, R. M. M.; RAMOS, M. N. P. Avós e netos face as tecnologias de informação e comunicação. In: RABINOVICH, E. P.; MOREIRA, L. V. C.; BRITO, E. S.; FERREIRA, M. M. (org.). Envelhecimento e intergeracionalidade: olhares interdisciplinares. Curitiba: CRV, v. 2, 2019, p. 307-322.

BVS-PSI – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Terminologia em Psicologia: descritores, 2021. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/>. Acesso em: 5 jul. 2021.

BVS – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. DECS/MESH. Descritores em ciências da saúde, 2021. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/>. Acesso em: 5 jul. 2021.

CARDOSO, A. R. Avós no século XXI, mutações e rearranjos na família contemporânea. Curitiba: Juruá, 2011.

CARMO, H. O.; ARAÚJO, C. L. O. População idosa no sistema penitenciário: um olhar por trás das grades. Revista Kairós, v. 14, n. 6, p. 183-194, 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/11707CNJ>. Acesso em: 9 ago. 2019.

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Recomendação de número 62/2020, 2020. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3246>. Acesso em: 10 jun. 2021.

DIAS, C. M. S. B.; SILVA, D. V. Papel dos avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (org.). Casal e família, entre a tradição e a transformação. Rio de Janeiro: Nau, 1999, p. 118-149.

DIAS, C. M. S. B. As relações intergeracionais na família: desafios e possibilidades. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (org.). Família e casal: parentalidade e filiação em diferentes contextos. Rio de Janeiro: Prospectiva, 2015. p. 93-102.

DIAS, C. M. S. B. Relacionamento entre avós e netos: significado, evolução e expectativas. In: MOREIRA, L. V. C. (org.). Relações familiares. v. 2, Curitiba: CRV, 2016. p. 361-371.

G1- MT. Presos podem conversar com familiares por vídeo chamada durante suspensão de visitas devido à pandemia em Mato Grosso. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2020/04/15/presos-podem-conversar-com-familiares-por-videochamada-do-what-sapp-durante-suspensao-de-visitas-devido-a-pandemia-em-mt.ghtml>. Acesso em: 10 jul. 2021.

GHIGGI, M. P. Envelhecimento e cárcere: vulnerabilidade etária e políticas públicas. Mais 60: estudos sobre envelhecimento. v. 71, n. 29, 2018. p. 09-29. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/online/revistas/edicoes/703>. Acesso em: 11 ago. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Brasília: Senado Federal, 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock Acesso em: 20 set. 2019.

INFOPEN - Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias. Banco de Dados administrado pelo Departamento Penitenciário Nacional – DEPEN (com informações sobre as unidades prisionais brasileiras, desde 2004), 2019. Disponível em: <http://depen.gov.br/DEPEN/depen/sisdepen/infopen/infopen>. Acesso em: 8 ago. 2021.

KEINERT, T. M. M. A esperança é a primeira que morre: institucionalização e suicídios em idosos encarcerados. Revista Boletim do Instituto de Saúde, v. 47, n. 4, 2009. p. 94-96.

Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/n47/a24_bisn47.pdf Acesso em: 10 jul. 2020.

MAGALHÃES, J. S. A pessoa idosa no sistema penitenciário: criminalidade, cidadania e condições. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Programa de Pós-graduação, Universidade Católica de Brasília, 2017. Disponível em: <https://bdtd.ucb.br:8443/jspui/handle/tede/2278> Acesso em: 5 out. 2020.

MELO, N. S.; COELHO, A. B.; OLIVEIRA, M. M.; SOUZA, J. C. Envelhecer no sistema prisional: condições de saúde de idosos privados de liberdade em um CRS-APAC em um município de Minas Gerais. Enfermagem Revista, v. 19, n.

1, 2016. p. 85-101. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11642>. Acesso em: 5 out. 2020.

MONTEIRO, S. R. Crimes cometidos por idosos: considerações criminológicas. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) – Programa de Pós-graduação da Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/1739>. Acesso em: 10 out. 2020.

OLIVEIRA, C. M. N. Relações intergeracionais: um estudo na área de Lisboa. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa, 2011. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3100>. Acesso em: 1º jul. 2021.

OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C.; MEDEIROS, K. K. A. S. Envelhecimento: significado para idosos encarcerados. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v.16, n.1, 2013. p. 139-148. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100014 Acesso em: 1º ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Folha informativa: envelhecimento e saúde, 2018. 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: 1º jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Histórico da pandemia de COVID 19. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19> . Acesso em: 1º jul. 2021.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

POMPEU, V. M. O condenado idoso no Brasil: um estudo sobre o sistema penitenciário nacional. Dissertação (Mestrado em Direito Constitucional) - Programa de Pós-graduação, Universidade de Fortaleza, 2015. Disponível em: <https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=95372> Acesso em: 25 ago. 2019.

RABINOVICH, E. P.; BASTOS, A. C. S. A presença e a ausência das avós marcando a vida das gerações: a intimidade nas relações entre as avós, suas filhas e seus netos. In: RABINOVICH, E. P.; MOREIRA, L. V. C.; BRITO, E. S.; FERREIRA, M. M. (org.). Envelhecimento e intergeracionalidade: olhares interdisciplinares. Curitiba: CRV, v. 2, 2019. p.323-336.

RAMOS, A. C. Meus avós e eu: relações intergeracionais entre avós e netos na perspectiva de crianças. (Tese de Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/32306>. Acesso em: 2 jan. 2021.

RAMOS, N. Relações e solidariedades intergeracionais na família – Dos avós aos netos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, v. 39, n.1, 2005. p. 195-216. Disponível em: <https://impactum-journals.uc.pt/rppedagogia>. Acesso em: 25 maio 2021.

RAMOS, N. Família, solidariedade e relações intergeracionais e de gênero: avós e netos na contemporaneidade. In: MOREIRA, L. V. C.; RABINOVICH, L. P.; RAMOS, N. M. (org.). Pais, avós e relacionamentos intergeracionais na família contemporânea. v. 5. Curitiba: CRV, 2017, p. 227-247.

SOUZA, E. R. et al. Violência Estrutural e Covid-19. Abrasco: GT violência e saúde, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtviolenciae-saude/2020/05/19/violencia-estrutural-e-covid-19/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

VEJA. Com pandemia, uso de videoconferências avança no sistema prisional. 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/brasil/com-pandemia-uso-de-videoconferencias-avanca-no-sistema-prisional/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

VILELA, D. S. D. A mulher idosa e a criminalidade: uma compreensão na perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de Pós-graduação, Universidade Católica de Pernambuco, 2021. Disponível em: <http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/1345>. Acesso em: 15 jun. 2021

E DAÍ? GERONTOCÍDIO NO BRASIL EM TEMPOS DE PANDEMIA

TARCÍSIO CARVALHO DA CRUZ

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Crítica Cultural da Universidade do Estado da Bahia - BA, tcarvalhoc@gmail.com.

ÁUREA DA SILVA PEREIRA

Doutora em Educação e Contemporaneidade (PPGEDUC-UNEB), Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Crítica Cultural (POS-Crítica_ UNEB). E-mails: aureauneb@gmail.com

RESUMO

Considerada a maior crise sanitária do século, a pandemia provocada pelo coronavírus trouxe questões importantes que devem ser analisadas pelos pesquisadores sociais. Assim, o presente corpus teórico apresenta o tratamento dado aos idosos brasileiros, durante a pandemia, pelo governo neoliberal de Jair Bolsonaro. Ancorado em uma revisão bibliográfica nos pressupostos de Beauvoir (2018), Boaventura (2020), Bosi (1987), Debert (2012), Haddad (2016) e Mbembe (2011), através de um estudo de abordagem qualitativa, utilizando como método a pesquisa documental, busquei em sites brasileiros notícias que continham os discursos do presidente e sua equipe que após análise revelou não apenas o etarismo, mas a aplicação direta de um conjunto de medidas necropolíticas.

Palavras-chave: Etarismo, Governo Bolsonaro, Neoliberalismo. Velhos brasileiros.

INTRODUÇÃO

Me desculpem, mas não deu mais. A velhice neste país é o caos como tudo agora. A humanidade não deu certo. Eu tive a impressão que foram 85 anos jogados fora num país como este. E com este tipo de gente que acabei encontrando. Cuidem das crianças de hoje!¹

Para iniciar o presente artigo, escolhi um texto que considero um manifesto. Essas palavras foram escritas pelo ator brasileiro Flávio Migliaccio, que aos 85 anos, sem problemas graves de saúde, em meio ao isolamento social provocado pela pandemia da COVID-19, cometeu suicídio deixando na escrivaninha do seu quarto uma carta que foi amplamente divulgada pela imprensa.

É válido ressaltar que apesar de respeitar as opiniões dos profissionais de saúde ao afirmarem que divulgar cartas suicidas poderia desencadear nas pessoas com problemas psicológicos o mesmo desejo, compartilho de outra opinião. Acredito que Flávio Migliaccio, dado ao seu histórico como ator e defensor das liberdades, uma vez que com sua arte enfrentou o período ditatorial no Brasil, deixou um manifesto, um alerta diante da realidade necropolítica no tratamento aos idosos brasileiros, principalmente nesse período de crise sanitária. Considero, portanto, uma falta de respeito à memória de um senhor que tanto contribuiu a cultura brasileira, negar seu último pedido em uma mensagem que, em minha opinião, foi escrita para ser publicizada.

Dessa forma, este artigo propõe apresentar os discursos fascistas e neoliberais que fazem parte do governo JB (Jair Bolsonaro), buscando relacioná-los as ações necropolíticas promovidas contra os velhos brasileiros. Nesse sentido, este trabalho é um tributo aos idosos que morreram em decorrência da pandemia provocada pela COVID-19, seja pelo vírus biológico ou pelo "vírus" advindo da política socioeconômica defendida pelo atual governo.

Em consonância com o objetivo apresentado, utilizei a pesquisa de abordagem qualitativa através de uma análise documental, onde colhi e analisei, em sites brasileiros, notícias que continham matéria

¹ <https://br.noticias.yahoo.com/fl%C3%A1vio-migliaccio-deixa-carta-despedida-182644448.html> > Acesso em 20/05/2020.

jornalística a cerca dos discursos proferidos pelo presidente e integrantes sua administração. Em paralelo, trabalhei com uma revisão bibliográfica que acolhesse estudos políticos sobre o envelhecimento e necropolítica, valendo -me das ideias de Beauvoir (2018), Boaventura (2020), Bosi (1987), Debert (2012), Haddad (2016) e Mbembe (2011).

Assim, primeiramente discorri sobre os discursos que envolvem aspectos necropolíticos estabelecendo uma análise teórica sobre mesmos, para posteriormente trabalhar os aspectos metodológicos da pesquisa, possibilitando indicar e discutir os resultados e apresentar as impressões finais.

O DISCURSO NECROPOLÍTICO DO GOVERNO JB

É curioso como não sei dizer quem sou. Quer dizer, sei-o bem, mas não posso dizer. Sobretudo, tenho medo de dizer, porque no momento em que tento falar não só exprimo o que sinto como o que eu sinto se transforma lentamente no que digo. Ou pelo menos o que me faz agir não é o que eu sinto, mas o que eu digo. Sinto quem sou e a impressão está alojada na parte alta do cérebro, nos lábios – na língua principalmente, na superfície dos braços e também correndo dentro, bem dentro do meu corpo, mas onde, onde mesmo, eu não sei dizer. O gosto é cinzento, um pouco avermelhado, nos pedaços velhos um pouco azulado, e move-se como gelatina, vagarosamente. Às vezes torna-se agudo e me fere, chocando-se comigo.

Clarice Lispector

"Sou capitão do Exército, a minha especialidade é matar, não é curar ninguém."² Estas palavras foram ditas pelo então deputado Jair Bolsonaro em 2017, quando visitava Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Dois anos depois, com um discurso difuso, propondo soluções simples para problemas complexos e ancorado pela mídia, empresarial, religiosos e uma rede de **fake news**, ele se tornaria o trigésimo oitavo presidente do Brasil.

2 <https://www.oantagonista.com/brasil/bolsonaro-em-2017-a-minha-especialidade-e-matar-nao-e-curar-ninguem/> Acesso em 20/05/2020.

Mesmo com uma eleição movida por falsas notícias, atentado a vida do então candidato, revoltas contra a corrupção, nenhum brasileiro pode dizer que foi enganado. O deputado sempre apresentou seu ódio às minorias nos vinte e sete anos que passou como representante do povo e nesta entrevista, amplamente divulgada por opositores nas eleições presidenciais, indicou a sua especialidade: matar. Nesse sentido, Bugalho (2020, p.65) afirma que:

As palavras ultrapassarão sempre o seu estado de dicionário. O que dizemos, o como dizemos, e para quem dizemos nos revela: quem somos, o que pensamos, o mundo no qual vivemos, nossos conceitos e preconceitos. E o discurso é per se agente de transformação social e de perpetuação de opressões.

Perto de completar dois anos de governo, vejo as palavras de Jair materializarem nas suas políticas de morte, seja através da reforma da previdência, que condenou trabalhadores a uma servidão moderna vitalícia, cortando os direitos dos mais pobres e favorecendo o setor produtivo; seja através da flexibilização do porte e da posse de armas; na destruição da natureza em detrimento da agropecuária, do garimpo ilegal e contrabando de madeira; na liberação de agrotóxicos nas plantações, e até mesmo, na banalização da violência em defesa dos "homens de bem".

Diante das diversas crises oriundas do próprio executivo, acredito que a forma de administrar a pior crise sanitária do século foi à maneira mais ignóbil de Bolsonaro comprovar sua especialidade. Conduzindo o Brasil ao obscurantismo, negando a ciência e tomando medidas pensando apenas nos aspectos econômicos, o Presidente da República, através de seus atos e palavras pode ser responsável por até dez por cento dos casos e até mortes provocados pela COVID-19.³

Destarte, considerando que já ultrapassamos a marca de cem mil mortos⁴ em quase cinco meses e que o presidente insiste em minimi-

3 Segundo estudo "Mais do que palavras: discurso de líderes e comportamento de risco durante pandemia" em site: <<https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2020-05-04/covid-19-estudo-liga-comportamento-de-bolsonaro-a-10-das-mortes-no-brasil.html> > Acesso em 21/05/2020.

4 <<https://www.estadao.com.br/infograficos/saude,brasil-chega-a-100-mil-mortes-por-covid-entenda-o-que-pode-evitar-tragedia-maior,1110077> > Acesso em 11/08/2020.

zar os impactos da COVID-19 comparando- a uma gripezinha⁵, não existe característica melhor para descrever Jair Messias Bolsonaro: genocida.

O comportamento genocida do presidente ao fazer exatamente o contrário do recomendado pelas autoridades da saúde, inclusive do seu próprio governo, confunde a população, que naturalmente tem em seu líder eleito um exemplo. O tratamento dado por ele aos problemas oriundos do COVID-19 tem como centralidade a banalização das mortes em detrimento dos impactos econômicos e seus reflexos na eleição em 2022. Isso fica expresso na seguinte declaração sem máscara que deu a repórteres, apesar de a lei do Distrito Federal instituir a obrigatoriedade do uso:

Não dá pra continuar assim. Nós sabemos que devemos nos preocupar com o vírus, em especial os mais idosos, quem tem doenças, quem é fraco, mas (sem) essa de fechar a economia. 70 dias a economia fechada. Até quando isso vai durar? Nós vamos enfrentar isso daí, eu lamento. Eu estou com 65 anos de idade, eu estou no grupo de risco.⁶

A problemática que tange a questão econômica não se concentra apenas na paralisação da economia, que traz várias consequências como: a queda da arrecadação, aumento do desemprego, fechamento de empresas, queda de consumo e inadimplência das famílias; mas, se apresenta no modelo neoliberal, que defende a premissa do Estado mínimo, aspecto esse, que entra em conflito com momento atual, em que se faz necessário a presença o Estado e o aumento de gastos públicos.

Nesse cenário, tendo como égide o Ministro da Economia Paulo Guedes, que considerava que a crise gerada pelo coronavírus poderia propiciar o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), Solange Vieira, chefe da Superintendência de Seguros Privados, indicação do ministro, afirmava: "É bom que as mortes se concentrem entre os idosos [...] Isso

5 <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/24/leia-o-pronunciamento-do-presidente-jair-bolsonaro-na-integra.htm>> Acesso em 20/05/2020.

6 <<https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-so-fracos-doentes-e-idosos-devem-se-preocupar,a520587d843c8178893210cc77ebec883rz13b1w.html>> Acesso em 20/05/2020.

melhorará nosso desempenho econômico, pois reduzirá nosso déficit previdenciário.”⁷

O tratamento pejorativo em relação aos idosos, seja por considerá-los fracos ou como peso para o Estado, apresenta um forte indicador de uma possível causa para a maneira pela qual o governo brasileiro age para combater a pandemia. Associado a este fator, é perceptível a transferência de responsabilidade do Estado para as famílias, onde Jair Bolsonaro declara em uma entrevista a um programa televisivo: “Cada família tem que proteger seus idosos, não jogar isso para o Estado. É colocar os idosos em casa e o resto ir trabalhar, porque os empregos estão sendo destruídos”.⁸ Assim, é válido afirmar que

seguramente, nesses tempos difíceis, a recorrência à responsabilização e culpabilização do segmento idoso compõe o acervo do pensamento neoliberal, empenhado no sentido de naturalizar e individualizar questões produzidas socialmente. Apelos ao familismo, ao protagonismo e ao empoderamento de indivíduos, por exemplo, são práticas recorrentes na conjuntura atual, ocupando o conteúdo da política social. (PAIVA, 2017, p. 108)

Engendrado ao projeto capitalista neoliberal, a narrativa necropolítica do atual governo brasileiro aponta para a valorização da juventude, em detrimento dos idosos, através de uma pseudo-valorização da classe trabalhadora. Nesse sentido, é preciso sinalizar que o “modo capitalista de produção, corresponde o modo capitalista de pensar” (Haddad, 2016, p. 91), assim, é possível compreender o pensamento de Nelson Teich, Ministro da Saúde no período de 17 de abril a 15 de maio de 2020. Num vídeo amplamente divulgado nas redes sociais, o então ministro apresentou sua perspectiva sobre realidade do SUS – Sistema Único de Saúde:

Como você tem dinheiro limitado, você vai ter que fazer escolhas. Vai ter que definir onde você vai investir. Eu tenho

7 <<https://revistaforum.com.br/politica/coronavirus-assessora-de-guedes-enxergava-morte-de-idosos-como-positiva-para-reduzir-deficitprevidenciario/?fbclid=IwAR2IIUyplk64T00xq6fC KvAD1-t-- JwAry6LFFM6mYF300eLgaZWZi-FgF0> > Acesso em 20/05/2020.

8 <<https://catracalivre.com.br/cidadania/cada-familia-que-cuide-dos-seus-idosos-diz-bolsonaro-sobre-flexibilizar-isolamento/>> Acesso em 20/05/2020.

uma pessoa mais idosa que tem uma doença crônica avançada e ela teve uma complicação. Para ela melhorar eu vou gastar praticamente o mesmo dinheiro que eu vou gastar em um adolescente que está com problema. O mesmo dinheiro que eu vou investir. É igual. Só que essa pessoa é um adolescente, que vai ter a vida inteira pela frente e outra é uma pessoa idosa, que pode estar no final da vida. Qual vai ser a escolha?⁹

Nessa perspectiva, Teixeira (2017, p. 34-35), apresenta a “tragédia” do envelhecimento, que pode justificar o pensamento neoliberal de Teich em relação aos idosos. A autora supracitada afirma que os velhos “diante impossibilidade de reprodução social e de uma vida de sentido e valor na ordem do capital [...] perde o ‘valor do uso’ para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida.”

A consonância da opinião proferida por Teich com a de seu ex-chefe, reduz a vida a questão de escolha, fazendo do complexo algo simples, num verdadeiro jogo de roleta russa: morrer de fome ou de COVID-19, salvar o CPF ou CNPJ, jovens ou velhos? A resposta vem nas entrelinhas do discurso de Bolsonaro, ao afirmar que: “Alguns vão morrer? Vão morrer. Lamento, é a vida. Não pode parar uma fábrica de automóveis porque tem mortes no trânsito”¹⁰, ou ainda: “Essa é uma realidade, o vírus ‘tá aí. Vamos ter que enfrentá-lo, mas enfrentar como homem, porra! Não como um moleque. Vamos enfrentar o vírus com a realidade. É a vida. Todos nós iremos morrer um dia.”¹¹. Nesse sentido, compreendo as palavras de Boaventura (2020, p.28) ao afirmar que:

[...] em situação de emergência, as políticas de prevenção ou de contenção nunca são de aplicação universal. São pelo contrário, seletivas. Por vezes, são abertas intencionalmente adeptas do darwinismo social: propõem-se garantir a sobrevivência dos corpos socialmente mais valorizados,

9 <<https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/04/16/interna-brasil,845396/qual-vai-ser-sua-escolha-diz-teich-sobre-investir-em-idoso-ou-jove.shtml>> Acesso em 11/05/2020.

10 <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/31/bolsonaro-volta-a-usar-fala-de-diretor-da-oms-e-diz-estar-ao-lado-do-povo.htm>> Acesso em 18/05/2020.

11 < <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53327880> > Acesso em 20/05/2020.

os mais aptos e os mais necessários à economia. Outras vezes limitam-se a esquecer ou negligenciar os corpos desvalorizados.

Assim, assistimos incrédulos a banalização da morte concretizada pela resposta presidencial aos enlutados no momento em que o país via atônito cem mil pessoas morrerem: uma postagem na rede social em comemoração a vitória do seu time de futebol¹². Entre declarações vazias, ataques à imprensa, defesa de medicamento não comprovado cientificamente, demora inicial na liberação do auxílio emergencial e na descentralização dos recursos a estados e municípios, em 19 de outubro de 2020, o Brasil ultrapassou a marca de cento e cinquenta e quatro mil mortes provocadas pela COVID-19¹³. O que antes eram “apenas números” viraram rostos conhecidos em um o país dividido entre o isolamento social e a volta ao trabalho.

Analisando a epigrafe que abre este capítulo e relacionando-a com a especialidade do presidente, compreendo estarrecido a lógica do governo: sufocar os mecanismos biopolíticos e maximizar as ações necropolíticas, fazendo uma espécie de “seleção natural”, onde sobrevivem aqueles que possuem melhores condições aos olhos do capitalismo, num processo em que simultaneamente retroalimenta o sistema e serve de sustentáculo ao governo que lhe é servil.

METODOLOGIA

Este trabalho foi construído através de uma investigação em sites de notícias no Brasil, onde procurei informações confiáveis a cerca da atuação do governo brasileiro, antes e durante a pandemia provocada pela COVID-19, principalmente na relação com os idosos, no período de janeiro de 2019 a dezembro de 2020. Dessa forma, inicialmente, a pesquisa no que compete ao objetivo caracterizou-se como exploratória, uma vez que busquei “levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as

12 <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/08/09/bolsonaro-critica-globo-apos-100-mil-mortes-festejou-como-final-da-copa.htm> > Acesso em 20/09/2020.

13 <<https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/19/casos-e-mortes-por-coronavirus-em-19-de-outubro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>> Acesso em 20/10/2020.

condições de manifestação desse objeto.” (SEVERINO, 2017, p. 94). Essa fase da pesquisa constituiu um grande desafio, uma vez que precisei enquanto pesquisador social distanciar-me de ideologias políticas para propiciar uma análise real dos fatos ao mesmo tempo em que havia a necessidade verificar não apenas as informações, mas as tendências políticas do jornalista e do site em que a notícia estava vinculada. Acredito ser nesse sentido que Fragozo, Recuero e Amaral (2013, p.17) alertam ao afirmar que:

[...] uma das grandes dificuldades da pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais e, de um modo especial, da pesquisa de novas tecnologias é a abordagem empírica. ‘Como fazer’, ‘como aplicar’ e ‘como pensar’ abordagens metodológicas que sejam eficientes e que permitam aos pesquisadores coletar e analisar dados compatíveis com seu problema de pesquisa e com suas perspectivas teóricas mantendo o devido rigor científico constituem os maiores desafios que se colocam para os pesquisadores.

A segunda fase pode ser tipificada como uma pesquisa explicativa no que se refere ao objetivo, uma vez que busquei explicar os “os porquês das coisas e suas causas, por meio do registro, da análise, da classificação e da interpretação dos fenômenos observados.” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p.53).

Destarte, quanto à abordagem, a pesquisa utilizada no presente artigo é de natureza qualitativa, uma vez que constituiu

[...] uma atividade situada que posiciona o observador no mundo. Ela consiste em um conjunto de práticas interpretativas e materiais que tornam o mundo visível. Essas práticas transformam o mundo, fazendo dele uma série de representações [...]. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma postura interpretativa e naturalística diante do mundo. Isso significa, que os pesquisadores desse campo estudam as coisas em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhe atribuem. (DENZIN; LINCOLN, 2006, p.3)

Como método de pesquisa, utilizei o aporte da pesquisa documentação intercalada a uma revisão bibliográfica, onde credito o embasamento teórico da pesquisa, nos pressupostos de Beauvoir

(2018), Boaventura (2020), Bosi (1987), Debert (2012), Haddad (2016) e Mbembe (2011).

É importante ressaltar que mesmo buscando me afastar ideologicamente do objeto, com intuito de buscar uma isenção na interpretação dos dados noticiados, tenho a mesma convicção de Uwe Flick (2008, p.22) ao afirmar que “os pesquisadores qualitativos não agem com neutralidade invisível”. Sendo assim, não me acovardo, mesmo diante das possíveis críticas ao presente trabalho, em respeito não apenas à memória de Migliaccio, mas também as cento e cinquenta e quatro mil vidas ceifadas no Brasil pela COVID-19. Acredito que meu posicionamento, pode ser compreendido, nas entrelinhas da fala do ator Lima Duarte¹⁴, afirmar que:

Eu te entendo, Migliaccio, porque eu, como você, sou do Teatro de Arena, com Paulo José, Chico de Assis, com o Guarnieri. Foi lá que aprendemos com o Boal que era preciso, era urgente que se pusesse o brasileiro em cena. [...] A alma brasileira, você foi um mestre. Você conseguiu colocar, e eu também. Colocamos em cena o homem brasileiro. Foi linda essa viagem. [...] Agora, quando sentimos o hálito putrefato de 64, o bafio terrível de 68, agora, 56 anos depois, [...] quando eles promovem a devastação dos velhos, não demos mais. Eu não tive a coragem que você teve [...]. Os que lavam as mãos os fazem numa bacia de sangue.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“E conhecereis a verdade, e a verdade vos libertará” (BÍBLIA, João 8, 32). Essa citação bíblica citada constantemente pelo presidente Jair Bolsonaro em pronunciamentos a nação servirá como um referencial teórico para discutirmos o presente capítulo, uma vez que “não lhe escrevo porque não conhecem a verdade, mas porque vocês a conhecem e porque nenhuma mentira procede da verdade” (BÍBLIA, João, 2, 21).

Sendo assim, nas notícias e no discurso presidencial apresentados é perceptível que “o tempo político e midiático condiciona o modo

14 Homenagem feita pelo ator Lima Duarte ao colega Migliaccio postado nas redes sociais. <<https://www.youtube.com/watch?v=64ym7tTQGSQ>> Acesso 21/10/2020.

como a sociedade contemporânea se apercebe dos riscos que corre.” (BOAVENTURA, 2020, p. 23). Usando a crise sanitária como cortina de fumaça, o governo brasileiro adota uma série de medidas que impactam diretamente na vida das pessoas, principalmente aquelas que se encontram em situação de vulnerabilidade. Tal afirmativa é confirmada através da fala do Ministro do Meio Ambiente Ricardo Salles, que em reunião ministerial gravada afirmou¹⁵:

Precisa haver um esforço nosso aqui, enquanto estamos neste momento de tranquilidade no aspecto de cobertura de imprensa, porque só de fala de Covid, e ir passando a boiada e mudando todo o regramento e simplificando normas.

Nesse contexto, o governo adotou uma série de medidas que desmantelou a política ambiental brasileira¹⁶, trazendo como consequência o aumento exponencial da destruição das florestas através das queimadas¹⁷ em detrimento do uso para atividades comerciais tais como o agronegócio e mineração, contribuindo para emissão de carbono e conseqüentemente o aquecimento global. Nesse aspecto, posso afirmar que dada à fragilidade biológica, uma parcela vulnerável da população, tais como crianças e idosos, já sentem ou podem sentir no médio prazo os efeitos provocados pelas alterações climáticas. Como exemplo, cito uma pesquisa realizada pelo mestrando Samuel Garcia da Universidade de São Paulo que indica um aumento de mortalidade dos velhos em virtude do aquecimento global¹⁸.

O “passar a boiada” do governo JB não se limitou apenas as questões ambientais, mas também econômicas. Os discursos do presidente

15 Vídeo e reportagem encontrado no site: < <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/declaracao-de-salles-de-passar-a-boiada-provoca-guerra-de-anuncios.shtml>> Acesso em 18/06/2020.

16 <https://cultura.uol.com.br/noticias/11817_passar-a-boiada-governo-bolsonaro-acele-rou-publicacao-de-atos-sobre-meio-ambiente-durante-a-pandemia.html> Acesso em 21/10/2020.

17 <<https://www.istoedinheiro.com.br/o-brasil-queimado-no-mundo/>> Acesso em 18/08/2020.

18 <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-03062016-154555/pt-br.php>> Acesso em 22/08/2020

e sua equipe, apresentados neste artigo apontam o direcionamento do governo ao obscurantismo doentio e o desrespeito à comunidade científica, trazendo o argumento de salvar uma economia com mote neoliberal fadada ao fracasso. Assim,

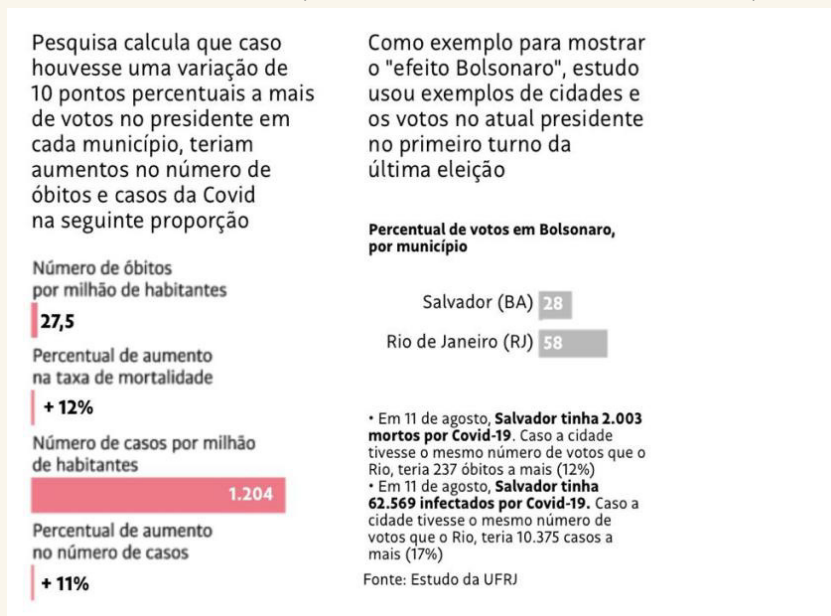
[...] deram a entender que uma dose de darwinismo social seria benéfica: a eliminação de parte das populações que já não interessavam à economia, nem como mão de obra trabalhadora, nem como fonte consumidora, ou seja, populações descartáveis, como se a economia pudesse prosperar sobre uma pilha de cadáveres. (BOAVENTURA, 2020, p. 27);

Nessa perspectiva, reafirmo que o Presidente da República Federativa do Brasil, tem comportamento genocida nas suas ações no enfrentamento a COVID-19, assertiva essa, comprovada pelo estudo feito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro que analisou o que nomearam de "efeito Bolsonaro", no tocante a disseminação do coronavírus nos municípios brasileiros. Os pesquisadores cruzaram os dados de expansão nos casos de COVID-19 com o resultado da apuração do primeiro turno das eleições presidenciais de 2018, que resultou na seguinte fato: cada 10% (dez por cento) a mais de votos em JB é proporcional ao aumento de 11% (onze por cento) nos números de casos registrados da doença e 12% (doze por cento) no registro de óbitos. O texto da pesquisa, indicado na matéria do Jornal Folha de São Paulo afirma que¹⁹:

O estudo mostrou que a COVID-19 causa mais estragos nos municípios mais favoráveis ao presidente Bolsonaro. [...] Podemos pensar que o discurso ambíguo do presidente induz seus partidários a adotarem com mais frequência comportamentos de risco (menos respeito às instruções de confinamento e uso da máscara) e sofrer as consequências.

¹⁹<<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/10/efeito-bolsonaro-sobre-alta-nos-casos-de-coronavirus-surpreende-pesquisadores.shtml>> Acesso em 21/10/2020.

Gráfico 01: Estudo da UFRJ percebe "efeito Bolsonaro" em mortes por COVID



Fonte: < <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/10/efeito-bolsonaro-sobre-alta-nos-casos-de-coronavirus-surpreende-pesquisadores.shtml> > Acesso em 21/10/2020.

Outro estudo²⁰ liderado pela economista e pesquisadora na área do envelhecimento, Ana Amélia Camarano, vinculada ao IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada apresentou o impacto da pandemia no Brasil em relação aos idosos: aproximadamente menos cento e um mil velhos, que representa uma diminuição de quase 0,5 da população de idosos. Dessa forma, destaca-se que “as pandemias não matam tão indiscriminadamente quanto se julga [...] Por exemplo, os idosos, são vítimas de darwinismo social em vários países. Grande parte da população do mundo não está em condições de seguir as recomendações da OMS [...]”. (BOAVENTURA, 2020, p.24).

Nessa vertente diante da realidade atual, as perspectivas futuras não são animadoras. Em resposta a repórteres que buscavam uma declaração quando o Brasil atingiu a marca recorde de mortes diárias,

20 <<https://blogs.oglobo.globo.com/ancelmo/post/covid-19-fez-reduzir-em-quase-05-populacao-de-idosos-do-pais-menos-100-mil-pessoas.html> > Acesso em 13/10/2020.

o presidente respondeu²¹: “E daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre.” Neste mesmo episódio, ao tentar justificar sua fala, JB afirmou que a maioria dos óbitos era de idosos e que não se tinha o que fazer. Assim, constato que o gerontocídio promovido pelo governo parece, a meu ver, ser arquitetado em função de uma política neoliberal, que enfraquece o poder de ação do Estado, aumenta as desigualdades e aprofunda crises.

Respondendo humildemente o questionamento do presidente ao repórter, acredito que o mandatário da nação deveria usar o palanque presidencial para apoiar as medidas de isolamento social, criar uma rede de assistência de distribuição de renda, alimentos e medicamentos, trabalhar de forma republicana com estados e municípios para enfrentar a severa crise econômica, sair da campanha de dois mil e vinte e dois e começar a governar para todos e com equidade dá atenção especial aos mais vulneráveis.

Possa ser que minha resposta não chegue ao destinatário; assim, busco rememorar a história de resiliência dos brasileiros, seja nas grandes greves sindicais ou nas expressivas manifestações pelo fim da ditadura, e até mesmo na grande conquista da Constituição Cidadã de 1988. “Quero trazer à memória o que me pode dar esperança.” (BÍBLIA, Lamentações, 3, 21).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo brasileiro tem direito à saúde e todos os governantes brasileiros têm a obrigação de proporcionar aos cidadãos esse direito. As ações dos governantes precisam ter como objetivo diminuir o risco de a população ficar doente e não somos nós quem estamos dizendo isso. É a Constituição brasileira que todas as autoridades juraram respeitar. Está registrado no artigo 196 [...]. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...]. Mas o Brasil está há 12 semanas sem um ministro da Saúde titular. São 85 dias desde o dia 15 de maio. Dois

²¹ <<https://veja.abril.com.br/politica/e-dai-nao-faco-milagres-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-covid-19/>> Acesso em 11/08/2020.

médicos de formação deixaram o cargo de Ministro da Saúde, porque pretendiam seguir as orientações da Ciência e o presidente Bolsonaro não concordou com essa postura deles [...] Primeiro o presidente menosprezou a Covid, chamou de 'gripezinha'. Depois quando um repórter pediu que ele falasse sobre o número alto de mortes, Bolsonaro disse que não era covão. Disse duas vezes 'não sou covão' [...]. Quando os óbitos chegaram a 5 mil, a resposta dele a um repórter foi um 'e daí'. Agora o presidente repete que a pandemia é uma chuva e que todos vão se molhar ou que a morte é o destino de todos nós e que temos de enfrentar a doença como se fosse uma questão de coragem, como se nada pudesse ter sido feito [...] Nós não podemos nos anestésias [...]. A pergunta que se impõe é: o presidente da República cumpriu esse dever? Entre os governadores e prefeitos, quem cumpriu e quem não cumpriu? Mais cedo e mais tarde, o Brasil vai precisar de resposta para essas perguntas [...].²²

Nossos representantes, eleitos pelo voto popular, cumpriram seu dever? Essa a pergunta que o Jornal Nacional fez em seu Editorial mais contundente sobre as ações do governo brasileiro no combate as crises provocada pela COVID-19. No decorrer desse artigo, analisamos matérias jornalísticas que noticiavam ações e palavras de Jair Bolsonaro e sua equipe, que confirmou não só a especialidade do presidente, mas também indicou a quem o governo realmente serve.

É perceptível que todas as ações do governo JB, sejam elas econômicas, ambientais e sociais, trabalham em prol do sistema totalitário mercantil e neste artigo, indicamos que a crise pandêmica colocou os velhos como alvo principal.

Como nunca antes, percebemos o etarismo presente nas ações da sociedade e nas práticas governamentais. Em uma rápida pesquisa nas redes sociais, podemos analisar depoimentos sugestionando trancafiar os velhos em casa ou até colocar a polícia para capturá-los como animais. Também é nítida a falta de empatia do presidente e seus subordinados que vê nos idosos um empecilho para o desenvolvimento econômico.

²² Editorial apresentado no Jornal Nacional na Rede Globo de Televisão em 08/08/2020. <https://www.youtube.com/watch?v=_66PPeGLJS0> Acesso em 21/10/2020.

Fico imaginando o que seria sentir essa carga de culpa que a sociedade confere aos idosos. Recordo-me de uma visão sobre o envelhecimento do livro: “Velhos demais para morrer” de Vinicius Neves Mariano:

Ser velho é ser miserável de vida. É mendigar, arfando, um resto de fôlego para alimentar os pulmões. É suplicar um bocado a mais de memória, com medo de esquecer até mesmo as palavras de súplica. É deitar todas as noites implorando a esmola de mais um dia. Na velhice, você se torna um pedinte de qualquer sobrevida que alguém tiver sobrando. Falta sono, falta sede e se padece na desgraça de um corpo frágil. [...] Vocês podem dizer: ‘Ah, mas a experiência...! Ah, mas a sabedoria...!’, e eu respondo: não se iludam. Não existe beleza na velhice. Por mais empatia que alguns velhos nos causem, não se deixem levar por esse sentimento. Quando sentirem compaixão diante de um velho, abram bem os olhos: reparem a coluna envergada, como se os anos lhe passassem os ombros; observem como o corpo vai se retraindo, murchando como uma flor abandonada em um vaso esquecido no quintal; notem a pele sem brilho algum, tão ressequida quando um rio que perdeu suas águas, coberta apenas pelas cicatrizes, pelas manchas de idade e por outros rastros da vida que um dia foi abundante ali. E então, depois de observar a penúria em que vivem os velhos, façam uma pergunta para vocês mesmos: ‘eu estou disposto a trocar algum traço da minha juventude por um pouco mais de experiência?’; ‘eu abduco da minha saúde em troca de uns anos a mais de sabedoria?’ - seja lá o que for isso. Não. [...] Não sejamos hipócritas; é claro que não. Sabem por quê? Porque envelhecer não vale a pena, essa é verdade. Não vale para você – e vocês mesmo acabaram de concordar comigo; não vale para sua família – que ganha um fardo a ser carregado indefinidamente; e não vale tampouco para a nossa sociedade.

O livro de ficção de Mariano apresenta um cenário em que os idosos irão representar cinquenta por cento dos habitantes do planeta, resultando numa profunda crise econômica e social. Nesta estória, a solução encontrada é menosprezar a velhice e mega valorizar a juventude, promovendo uma espécie de lavagem cerebral onde as pessoas que atingem a data limite de sessenta e cinco anos se sacrificam pela

sociedade indo por “vontade própria” a uma instituição governamental destinada a incinerá-los.

Segundo o IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o Brasil conta hoje com aproximadamente 16% (dezesseis por cento)²³ de sua população com mais de 65 anos. Se numa crise pandêmica uma parcela da sociedade e o governo JB, atuando em defesa das políticas neoliberais, deixaram os velhos a mercê da própria sorte, fico projetando cenários, como o de 2050, onde o IBGE indica aproximadamente o percentual de 29% de idosos²⁴. Reflito sobre os impactos políticos, econômicos, sociais e ambientais, qual ideologia de governo estará no poder e como planejar um país para envelhecer.

Penso na hipótese da sociedade civil organizar-se verdadeiramente, das universidades serem condutoras de pesquisa auxiliando no planejamento do envelhecimento da sociedade brasileira. Busco alternativas para manter um fio de esperança, para que a ficção apresentada por Mariano não se torne uma realidade banal.

REFERÊNCIAS

BARROS, Myriam Moraes L. de. Envelhecimento, cultura e transformações sociais. PY, Lígia et al. **Tempo de envelhecer. percursos e dimensões psicossociais**. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2004.

BAUDRILLARD, Jean. **A Sociedade de consumo**. Lisboa: Edições 70, 1986.

BEAUVOIR, S. **A velhice I: a realidade incômoda**. São Paulo: Difel, 1976.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de privatização do envelhecimento**. São Paulo (SP): EDUSP, 2012.

BOLSONARO critica Globo após 100 mil morte: ' Festejou como final da Copa'. **UOL**, 2020. Disponível em: < <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/08/09/bolsonaro-critica-globo-apos-100-mil-mortes-festejou-como-final-da-copa.htm> > Acesso em 20 de maio de 2020.

23 <<https://www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html> > Acesso em 22/10/2020.

24 <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/economia/2016/08/30/internas_economia,546485/populacao-idosa-vai-triplicar-ate-2050-revela-pesquisa.shtml > Acesso em 22/10/2020.

BOLSONARO em 2021: 'a minha especialidade é matar, não é curar ninguém'. **O antagonista**, 2020. Disponível em: < <https://www.oantagonista.com/brasil/bolsonaro-em-2017-a-minha-especialidade-e-matar-nao-e-curar-ninguem/> > Acesso em 21 de maio de 2020.

BOLSONARO: "Só fracos, doentes e idosos devem se preocupar". **Terra**, 2020. Disponível em: < <https://www.terra.com.br/noticias/coronavirus/bolsonaro-so-fracos-doentes-e-idosos-devem-se-preocupar,a520587d843c8178893210cc77ebec883rz13b1w.htm> > Acesso em 20 de maio de 2020.

BOLSONARO volta a usar fala de diretor da OMS e diz estar ao lado do povo. **UOL**, 2020. Disponível em: < <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/31/bolsonaro-volta-a-usar-fala-de-diretor-da-oms-e-diz-estar-ao-lado-do-povo.htm> > Acesso em 20 de maio de 2020.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembrança de velhos. São Paulo: Edusp, 1987.

BRASIL ultrapassa 154 mil mortes por COVID; média móvel volta a ficar acima de 500. **G1**, 2020. Disponível em: < <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/10/19/casos-e-mortes-por-coronavirus-em-19-de-outubro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml> > Acesso em 20 de maio de 2020.

BUGALHO, Henry. **Minha especialidade é matar**. São Paulo: E-Book Kindle, 2020.

'CADA família que cuide de seus idosos', diz Bolsonaro sobre flexibilizar isolamento. **Catraca Livre**, 2020. Disponível em: < <https://catracalivre.com.br/cidadania/cada-familia-que-cuide-dos-seus-idosos-diz-bolsonaro-sobre-flexibilizar-isolamento> > Acesso em 20 de maio de 2020.

CAMBRICOLE, Fabiana. RESK, Felipe. CUNHA, Mariana. Brasil chega a 100 mil mortes por COVID; entenda o que pode evitar tragédia maior. **Estadão**, 2020. Disponível em: < <https://www.estadao.com.br/infograficos/saude,brasil-chega-a-100-mil-mortes-por-covid-entenda-o-que-pode-evitar-tragedia-maior,1110077> > Acesso em 11 de agosto de 2020.

CAMARANO, Ana Amélia et al. **Idosos brasileiros: indicadores de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Presidência da República; Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

CILO, Hugo, MENDES, Jaqueline. O Brasil queimado no mundo. **Isto é Dinheiro**, 2020. Disponível em: < <https://www.istoedinheiro.com.br/o-brasil-queimado-no-mundo/> > Acesso em 18 de agosto de 2020.

COVID-19: Estudo liga comportamento de Bolsonaro a 10% das mortes no Brasil. **Ig.com**, 2020. Disponível em: < <https://ultimosegundo.ig.com.br/brasil/2020-05-04/covid-19-estudo-liga-comportamento-de-bolsonaro-a-10-das-mortes-no-brasil.htm> > Acesso em 21 de maio de 2020.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

DENZIN, N. K; LINCOLN, I.O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

'E daí? Não faço milagres', diz Bolsonaro sobre mortes por COVID-19. **VEJA**, 2020. Disponível em: < <https://veja.abril.com.br/politica/e-dai-nao-faco-milagres-diz-bolsonaro-sobre-mortes-por-covid-19/> > Acesso em 21 de outubro de 2020.

ENVELHESC N CIA. Direção: Gabriel Martinez. rodução: Samarah Kojima. São Paulo: ProacSP, 2015. 1

DVD (84 min). Disponível em: <<https://goo.gl/YN2zQO>>. Acesso em: 2 maio 2016.

FLÁVIO Migliaccio deixa carta de despedida em tom de desabafo. **Yahoo Notícias**, 2020. Disponível em: <<https://br.noticias.yahoo.com/fl%C3%A1vio-migliaccio-deixa-carta-despedida-182644448.html> > Acesso em 20 de maio de 2020.

GARCIA, Diego. 'Efeito Bolsonaro' sobre alta nos casos de coronavírus surpreende pesquisadores. Folha de São Paulo, 2020. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/10/efeito-bolsonaro-sobre-altanos-casos-de-coronavirus-surpreende-pesquisadores.shtml> > Acesso em 21 de outubro de 2020.

GARCIA, Samuel David Osório. **Temperatura e mortalidade cardiovascular e respiratória em idosos de São Paulo e Bogotá**. Tese em Saúde Ambiental. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-03062016-154555/pt-br.php> > Acesso em 22 de agosto de 2021.

GOIS, Ancelmo. COVID-19 fez reduzir em quase 0,5% a população de idosos do país: menos 100 mil pessoas.

O Globo, 2020. Disponível em: < <https://blogs.oglobo.globo.com/ancelmo/post/covid-19-fez-reduzir-em-quase-05-populacao-de-idosos-do-pais-menos-100-mil-pessoas.html> > Acesso em 13 de outubro de 2020.

GOLDENBERG, M. Coroas: corpo, sexualidade e envelhecimento na cultura brasileira. Rio de Janeiro: BestBolso, 2015.

'GRI EZINHA': leia a íntegra do pronunciamento de Bolsonaro sobre COVID-19. **UOL**, 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2020/03/24/leia-o-pronunciamento-do-presidente-jair-bolsonaro-na-integra.htm>> Acesso em 20 de maio de 2020.

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo. **A ideologia da velhice**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2016.

HARDT, Michael; NEGRI, Antônio. **A produção biopolítica**. In: PARENTE, André (Org.). *Tramas da rede: novas dimensões filosóficas, estéticas e políticas da comunicação*. Porto Alegre: Sulina, 2004.

JUSTO, José Sterza; ROZENDO, Adriano da Silva; CORREA, Marielle Rodrigues. O idoso como protagonista social. **A Terceira Idade – estudos sobre envelhecimento**. Volume 21. Número 48. Julho de 2010. São Paulo: SESC – Serviço Social de Comércio, 2010, p. 39-53.

MARIANO, Vinícius Neves. **Velhos demais para morrer**. São Paulo: Malê. 2020.

NARCIZO, Bruna. Declaração de Salles de passar a boiada provoca guerra de anúncios. **Folha de São Paulo**,

2020. Disponível em: < <https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/05/declaracao-de-salles-de-passar-a-boiada-provoca-guerra-de-anuncios.shtml> > Acesso em 18 de agosto de 2020.

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia. A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

'PASSAR a boiada': Governo Bolsonaro acelerou publicação de atos sobre o meio ambiente durante a pandemia. **UOL**, 2020. Disponível em: < https://cultura.uol.com.br/noticias/11817_passar-a-boiada-governo-bolsonaro-acelerou-publicacao-de-atos-sobre-meio-ambiente-durante-a-pandemia.html > Acesso em 21 de outubro de 2020.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. *Metodologia do trabalho científico: método e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PAIVA, Salvea de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo no capital**. São Paulo: Cortez, 2014

PY, Lígia et al. **Tempo de Envelhecer. Percursos e Dimensões Psicossociais**. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2004

'QUAL vai ser sua escolha?', diz Teich sobre investir em idoso ou jovem. **Correio Braziliense**, 2020. Disponível em: < <https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/brasil/2020/04/16/interna-brasil,845396/qual-vai-ser-sua-escolha-diz-teich-sobre-investir-em-idoso-ou-jove.shtm> > Acesso em 11 de maio de 2020.

ROCHA, Lucas. Assessora de Guedes enxergava morte de idosos como positiva para "reduzir déficit previdenciário" **Revista Fórum**, 2020. Disponível em: <<https://revistaforum.com.br/politica/coronavirus-assessora-de-guedes-enxergava-morte-de-idosos-como-positiva-para-reduzir-deficitprevidenciario/?fbclid=IwAR2IIUyplk64T00xq6fCKvAD1-t--JwAry6LFFM6mYF300eLgaZWZi-FgF0>> Acesso em 20 de maio de 2020.

RELEMBRE frases de Bolsonaro sobre a COVID-19. **BBC News Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53327880>> Acesso em 20 de maio de 2020.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A Cruel Pedagogia do Vírus. Coimbra: Edições Almedina, 2020. 32p. Disponível em: <<https://www.cpsocial.org/documentos/927.pdf>>. Acesso em: 01. Jun. 2020.

SINDICAL, Agência. COVID-19. **Youtube**, 10 de agosto de 2020. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=_66PPeGLJS0 >. Acesso em 21 de outubro de 2020.

UOL > **Youtube**, 06 de maio de 2020. Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=64ym7tTQGSQ> >. Acesso em 21 de outubro de 2020.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2008.

LESÃO POR PRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS: CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM

MARIA EDUARDA SILVA DO NASCIMENTO

Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, maria.nascimento.016@ufrn.edu.br;

SANDRA LÚCIA DIAS NUNES

Enfermeira. Hospital Universitário Onofre Lopes – UFRN/EBSERH, sandrahuol@gmail.com;

GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO

Enfermeira. Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB/EBSERH, giselecarreiro@gmail.com;

ANA ELZA OLIVEIRA MENDONÇA

Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, orientadora anaelzaufnrn@gmail.com;

RESUMO

A Lesão por Pressão ou dano tissular consiste em um evento adverso de origem multicausal que acomete predominantemente pessoas idosas ou restritas ao leito, resultando em maiores custos relacionados a assistência, bem como dor e desconforto aos indivíduos acometidos. O cuidado de enfermagem ao idoso requer conhecimentos científicos específicos para a abordagem as pessoas com lesões. Assim, objetivou-se caracterizar a produção científica de enfermagem sobre Lesão por Pressão em pessoas idosas. Estudo de revisão de literatura realizado no mês de agosto de 2020, nas fontes de dados Periódicos da CAPES, LILACS, Scielo, Scopus e PubMed Central. Os critérios de seleção adotados foram artigos publicados entre 2018 e 2020, disponíveis gratuitamente e em texto completo, sem restrição de idioma. Identificou-se 8.666 estudos, após a implementação dos critérios de inclusão foram selecionadas 317 produções, das quais 16 foram incluídas para a síntese dos resultados. A origem dos estudos teve predominância no Brasil, nas regiões sul e nordeste. Levando em consideração o contexto da produção científica de enfermagem, foi observado que as publicações se concentraram em anos mais recentes, evidenciando maior atenção dos pesquisadores no que tange a saúde, segurança e bem-estar da pessoa idosa, com ênfase no aprimoramento da prática assistencial de enfermagem, pautada na atenção sistematizada e humanizada.

Palavras-chave: Lesão por Pressão, Idosos, Cuidados de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Lesão por Pressão (LP) é considerada um dano a pele e/ou tecidos moles com rompimento ou não da integridade cutânea, pela intensa pressão exercida sobre determinada região de proeminência óssea influenciada pelo peso corporal, presença de dispositivos médicos instalados, ou ainda, pelo cisalhamento constante em determinadas áreas corporais. Desse modo, as avaliações das condições gerais de saúde estabelecidas pela enfermagem associadas ao conhecimento técnico científico e pensamento crítico fomentam uma assistência integral, operacionalizada e sistematizada (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2016; CAMPOS; SOUZA; WHITAKER, 2020).

A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) constitui uma organização sem fins lucrativos de caráter interdisciplinar, formada por especialistas em LP que objetivam propagar recomendações atualizadas no que se refere às políticas de saúde, intervenções de perfil profiláticas, além de promover a educação em pesquisa e tratamento adequados e atualizados a respeito da temática para diminuir a incidência desse agravo evitável. Ademais, a organização instituiu um sistema de classificação de LP que permeia os seus diferentes estágios que variam de 1 a 4, de acordo com a gravidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2016).

A LP é representada um foco de infecção por elevar os índices de morbidade e mortalidade em pessoas expostas a este agravo, além de serem um foco de desconforto por provocar dor no indivíduo acometido. A ausência desse evento indesejado é um marco preditivo de boa qualidade assistencial, além de melhorar o prognóstico, têm-se considerável diminuição de custos e considerável redução de danos e sofrimentos desnecessários (CAMPOS; SOUZA; WHITAKER, 2020; LABEAU *et al.*, 2020).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (ONU) o envelhecimento populacional vem se tornando crescente no mundo, resultante da queda na natalidade e redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, além de implantação de políticas de promoção e atenção à saúde da pessoa idosa. Paralelamente a isso, prevê-se que até 2050, 18% a mais da população tenha idade igual ou superior a 65

anos, em países como Ásia, América Latina, Caribe e Oceania (ONU, 2017).

Indivíduos com idade avançada possuem uma maior propensão para o comprometimento da integridade da pele e, conseqüentemente, desenvolvimento destas lesões. E isso justifica-se pela diminuição considerável das elasticidades e turgor cutâneo, como também a desidratação tecidual decorrente do envelhecimento humano que atuam como facilitadores para o surgimento das lesões (ALDERDEN *et al.*, 2018; JASEN; SILVA; MOURA, 2020; LOPES; BATASSINI; BEGHETTO, 2021; OTTO *et al.*, 2019).

O Ministério da saúde (MS) no ano de 2013 a fim de promover um cuidado mais seguro com ênfase na segurança do paciente, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da Resolução nº36. Dentre as práticas a serem adotadas, encontram-se a minimização do risco de úlceras por pressão e risco de quedas como práticas a serem alcançadas pelos serviços públicos e privados que prestam cuidados assistenciais em saúde (BRASIL, 2013).

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) possibilita uma maior organização do processo de enfermagem e autonomia para o enfermeiro mediante as tomadas de condutas necessárias de forma sistemática, visando promover uma prática mais segura com a minimização de eventos indesejados, bem como um maior reconhecimento no que tange ao reconhecimento do seu trabalho profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Com o objetivo de promover a avaliação da integridade da pele para o risco de desenvolvimento de LP, diversos fatores extrínsecos e intrínsecos devem ser levados em consideração, como as influências ambientais e fisiológicas do próprio indivíduo. Para orientar essa avaliação, o uso de instrumentos como a escala de Braden, possibilita a categorização do indivíduo pela pontuação do score, adotando-se a seguinte pontuação que permeio de pacientes sem risco, baixo risco, com risco moderado, risco alto e risco muito alto (LIMA *et al.*, 2020)

Outro aspecto que merece destaque, é que o reconhecimento dos fatores de risco e sinais associados para a identificação dos estágios de LP é de responsabilidade da equipe de enfermagem, cabendo de forma privativa ao enfermeiro desempenhar a assistência sistematizada e implementar seu olhar crítico-reflexivo na implementação do

cuidado aos seus pacientes, principalmente naqueles com maior risco para LP, com ênfase nos mais envelhecidos e aos que possuem restrição ao leito (ALDERDEN *et al.*, 2018; CAMPOS; SOUZA; WHITAKER, 2020).

Por meio do levantamento da literatura e da necessidade de conhecer a caracterização da produção científica de enfermagem, acredita-se que o presente estudo possibilita a visualização de lacunas no conhecimento sobre lesão por pressão em idosos.

Nessa perspectiva, mediante a necessidade de conhecer o que foi previamente produzido, o objeto de estudo norteou-se pela síntese da seguinte questão norteadora: Como se caracteriza a produção de conhecimento na área de enfermagem sobre lesão por pressão envolvendo idosos, na literatura nacional e internacional entre os anos de 2018 a 2020?

Com vistas a responder à questão de pesquisa e da necessidade de conhecer a produção científica de enfermagem sobre LP, justificase a realização do presente estudo que teve como objetivo caracterizar a produção científica de enfermagem sobre lesão por pressão em idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura desenvolvido a partir das produções científicas disponíveis no formato digital, publicados em periódicos indexados as bases de dados nacionais e internacionais, sobre a produção de conhecimento da enfermagem sobre lesão por pressão em idosos.

A revisão de literatura é um método de análise que envolve localizar, analisar, investigar e interpretar o estado atual de uma determinada área de estudo. Didaticamente, ela serve de base para identificar lacunas a respeito de um determinado assunto, como também permite a síntese de novos conhecimentos baseados em atualizações sobre determinada temática, conseqüentemente, contribuindo de forma significativa para a investigação e desenvolvimento do conhecimento científico (CASARIN *et al.*, 2020).

Para nortear o presente estudo, formulou-se a questão de pesquisa utilizando a estratégia PCC, composta por P = População; C =

Conceito e C = Contexto. Para fins deste estudo a população constou de pessoas idosas, o conceito correspondeu a lesão por pressão e o contexto a produção de conhecimento da enfermagem já desenvolvido e publicado. Nesse sentido, foi elaborada a seguinte questão: "Como se caracteriza a produção científica de enfermagem sobre lesão por pressão em pessoas idosas?"

A pesquisa foi desenvolvida no mês de agosto de 2021, por meio de acesso as plataformas digitais da biblioteca do Periódicos CAPES, Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Eletrônica SciELO (**Scientific Electronic Library Online**); SciVerse Scopus (SCOPUS) e PubMed Central (PMC).

Para operacionalização e busca de artigos nas bases de dados científicas e fundamentação de descritores nacionais e Internacionais nelas indexados, iniciou-se com a consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Lesão por Pressão; Idosos; Enfermagem e posteriormente aplicação no **Medical Subject Headings** (MeSH) da **National Library** com: **Pressure Ulcer; Aged; Nursing**. Além disso, foi utilizado o operador **booleano** "AND" entre os descritores para a busca das produções.

Os critérios de inclusão estabelecidos para presente estudo foram artigos publicados entre 2018 e 2020, disponíveis em texto completo gratuitamente, sem restrição de idioma. Os critérios de exclusão foram artigos pagos, publicados fora do período de tempo estabelecido, se comportasse de forma duplicada em mais de uma base e, que não respondessem o objetivo e questão norteadora do estudo.

Foram selecionados 16 estudos para caracterização do conhecimento, sendo selecionados seis no Portal de Periódicos CAPES, um artigo na LILACS, três artigos na PUBMED, três artigos na SCIELO e três na SCOPUS. As informações a serem discutidas ao decorrer do texto serão elencadas em formas de apresentações como tabelas e quadros, visando facilitar o entendimento.

O acesso foi realizado pela Comunidade Acadêmica Federada (café) que corresponde a uma ferramenta institucional disponibilizado pelo Portal de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A presente pesquisa não demandou a necessidade de apreciação ética, contudo foram respeitados os aspectos éticos referentes a preservação dos direitos dos autores, que foram devidamente referenciados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificaram-se 8.666 estudos, após a implementação dos critérios de inclusão foram escolhidos 317 produções, e incluídos 16 estudos como amostra final para a síntese dos resultados. Foram encontrados estudos entre os anos de 2018 à 2020, com maior predominância no ano de 2020 (62,5%) seguido por 2019 (18,7%).

No que se refere a localização geográfica das produções, observou-se que dos 16 estudos (100%), predominaram as publicações do Brasil (75%) sendo observada uma maior prevalência na região Sul (41,6%) seguida pela região nordeste (33,3%). Somado a isso, as publicações internacionais englobam países como China, Colombia, Etiópia e Suíça (25%). As principais características observadas nas amostras dos estudos selecionados, destacam-se predominantemente a média de idade dos idosos na faixa dos 60 anos, com ênfase nos envelhecidos que residem em lares geriátricos, seguidos por aqueles que foram submetidos a internação hospitalar.

No tocante à abordagem das metodologias utilizadas na síntese dos estudos selecionados, têm-se a predominância daqueles oriundos de abordagem descritiva e quantitativa, respectivamente. Informações relativas ao autor, ano de publicação, país, amostra e abordagem metodológica estão contidas no quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos artigos selecionados com base nos autores, ano de publicação, país, amostra e abordagem metodológica. Natal/RN, 2021

Autores/Ano de publicação	País	Amostra	Abordagem Metodológica
Alcantara <i>et al.</i> , 2020	Brasil	132 idosos, de 60 a 95 anos, internados por fratura no fêmur	transversal exploratório documental
Berihu <i>et al.</i> , 2020	Etiópia	Enfermeiros atuantes de hospital	transversal e quantitativo
Campos; Sousa; Whitaker, 2020	Brasil	324 pacientes, com média de idade de 58 anos	transversal
Garcia <i>et al.</i> , 2020	Brasil	87 idosos, de 60 ou mais, internados na clínica médica	exploratório, quantitativo-descriptivo, com abordagem transversal
Leites <i>et al.</i> , 2020	Brasil	18 idosos, com idade média de 60 anos	seccional, descritivo com coleta documental

Autores/Ano de publicação	País	Amostra	Abordagem Metodológica
Lima <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Participaram da pesquisa 122 pacientes com média de idade de 54 ± 24 anos	descritivo
Pontes <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos	corde transversal, com abordagem quantitativa
Righi <i>et al.</i> , 2020	Suíça	27 lares de idosos (4.607 residentes entre 2015 e 2016) e 15 lares em 2017 (1357 residentes)	estudo longitudinal prospectivo
Silva <i>et al.</i> , 2020	Brasil	131 pacientes, sendo 89 idosos, em atendimento domiciliar	exploratório descritivo
Soares <i>et al.</i> , 2020	Brasil	84 pacientes, com idade entre 60 e 88 anos	correlacional descritivo, com corte transversal
Jesus; Medeiros; Silva, 2019	Brasil	17 enfermeiras atuantes no centro geriátrico	quantitativo-descritivo
Jesus; Pires; Biondo, 2019	Brasil	70 pacientes, com média de idosos com 60 anos ou mais	prospectivo, longitudinal, descritivo e de caráter observacional
Meireles; Baldissera, 2019	Brasil	16 idosos, acima de 60 anos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde	estudo de caso múltiplo
Peixoto <i>et al.</i> , 2019	Brasil	278 pacientes submetidos a cirurgias eletivas	observacional, longitudinal, prospectivo e quantitativo
Feng <i>et al.</i> , 2018	China	14 idosos que residem em lares	ensaio clínico controlado de cluster
Costés <i>et al.</i> , 2018	Colômbia	170 pacientes com risco de desenvolver LP	coorte retrospectivo

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

De modo a conceder uma análise adequada dos resultados obtidos, levando em consideração as áreas de abordagem dos conhecimentos de enfermagem com enfoque na LP, foram elencadas variáveis como a prevenção, tratamento e uso de escalas para facilitar o entendimento na caracterização dos artigos.

Dentre todas as produções incluídas neste presente estudo, apenas nove (56,3%) abordaram a temática da tomada de conduta voltada à profilaxia para incidência dessas lesões, destacando-se o uso do livro de diagnósticos de enfermagem NANDA, bem como a aplicação de procedimentos operacionais padrão (POP) desenvolvidos pela própria equipe assistencial e que são indispensáveis para promoção da prevenção durante a assistência (JESUS; MEDEIROS; SILVA, 2019)

Os estudos que abordavam a prevenção correspondem a 56,3% das produções analisadas e em relação ao tratamento, dois (12,5%)

artigos científicos abordaram especificamente a temática. Coadunado a isso, a aplicabilidade de escalas para o risco e avaliação de comprometimento tissular se mostraram relativamente presentes, com ênfase na escala de Braden em utilizadas em 80,0% dos estudos, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização das escalas de predição para o risco de desenvolvimento de LP. Natal/RN, 2021.

ESCALAS	ASPECTOS ANALISADOS	n	%
ESCALA DE BRADEN	Percepção sensorial	4	80,0
	Umidade		
	Atividade		
	Mobilidade		
	Nutrição		
	Fricção e cisalhamento		
ESCALA DE ELPO	Posicionamento cirúrgico	1	20,0
	Tempo de cirurgia		
	Superfície de suporte		
	Tipo de anestesia		
	Grau de mobilidade		
	Comorbidades		
	Idade		
TOTAL		5	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

De acordo com Bergstrom *et al.*, (1987), a escala de Braden constitui um instrumento validado em âmbito internacional, adaptada no ano de 1999 para uso no território brasileiro e desde então vem sendo empregada amplamente nas instituições de assistência em saúde. Um estudo refere que essa escala é de uso primordial, devendo ser aplicada no momento da internação e reavaliada pelo enfermeiro diariamente. Além disso, este aparato é reconhecido e utilizado mundialmente norteando uma parcela considerável das pesquisas em território nacional (MACEDO; FIGUEIREDO; REIS, 2019).

A fisiopatologia responsável por influenciar o comprometimento cutâneo é o que fundamenta os critérios dos parâmetros que constituem a escala de Braden. Neste sentido, sua aplicação permeia

desde a qualidade nutricional e funções sensoriais corporais até fatores ambientais que contribuem diretamente ao comprometimento tissular, como a fricção de algum dispositivo sobre a pele, ou ainda, cisalhamento constante do tecido cutâneo sobre a superfície de apoio, influenciando o surgimento de novas lesões. Conseqüentemente, a análise do risco se mostra eficaz por permitir a identificação precoce dos indivíduos susceptíveis a incidência desse agravo, bem como atenuar a instauração de novas LP naqueles já acometidos previamente (BEREDED; SALIH; ABEBE, 2018; CONSTANTE; OLIVEIRA, 2018).

Um estudo que utilizou a escala de Braden para identificar indivíduos que possuíam comorbidades crônicas não transmissíveis, evidenciou uma possível fragilidade a respeito da sua utilização, visto que na distribuição dos pontos em suas subescalas nenhum score pontua essa característica clínica. Diferentemente da Braden, a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) pontua individualmente esse aspecto clínico e, conseqüentemente, atende a demanda dos pacientes cirúrgicos aumentando a confiabilidade na predição de riscos, segundo a pontuação do score alcançada (BEREDED; SALIH; ABEBE, 2018; PEIXOTO *et al.*, 2019).

A segunda escala utilizada foi a de ELPO, desenvolvida e validada por uma enfermeira brasileira, com o objetivo de melhorar a avaliação dos riscos e minimizar a ocorrência de eventos adversos indesejáveis e altamente evitáveis pela equipe multiprofissional, com ênfase na enfermagem. Outrossim, apesar da vasta aplicabilidade da escala de Braden e existência de outros instrumentos voltados para a profilaxia de lesões tissulares, a construção dessa ferramenta justificou-se pela existência de lacunas nos instrumentos pré-existentes que não garantiam um plano de cuidado seguro e adequado as necessidades dos pacientes no período perioperatório (ANDRADE; SILVA; ANDRADE, 2021; PEIXOTO *et al.*, 2019).

Quanto às características mais relevantes da Escala de ELPO, destacam-se as subescalas relacionadas ao tempo e posicionamento operatório empregado durante o procedimento, uma vez que quando não efetuado corretamente podem ocasionar dor, lesões de pele e nervos periféricos, comprometimento cardiopulmonar e síndrome compartimental (ESKILDESEN *et al.*, 2019).

Tabela 2. Distribuição dos instrumentos de estadiamento e avaliação para LP. Natal/RN, 2021.

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO		n	%
Instrumentos avaliação e estadiamento	NPUAP	3	42,8
	Escore de MAN	1	14,3
	Desempenho funcional de Karnofsky (KPS)	1	14,3
	Índice de Kartz	1	14,3
	Paliative Performace Scale (PPS)	1	14,3
TOTAL		7	100,0

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

No que se refere aos instrumentos de avaliação utilizados pelos autores (n=7) para identificar e caracterizar o perfil dos idosos, destaca-se a aplicação da NPUAP em três estudos (42,8%) para a classificação das LP. Ademais, outras ferramentas de avaliação (n=4) foram empregadas, como a Escore de MAN, Desempenho funcional de Karnofsky (KPS), Índice de Kartz e Paliative Performace Scale (PPS) que corresponderam a 14,3% cada.

A pesquisa em enfermagem permite uma visão panorâmica do conhecimento científico, identificando lacunas e fragilidades que possam ser preenchidas com o desenvolvimento de novos estudos que venham a responder indagações recentes e ainda não disponíveis na literatura. Contudo, um desafio a ser superado é o distanciamento entre o conhecimento científico produzido no meio acadêmico e a sua disseminação e aplicação prática pelos profissionais dos serviços de saúde envolvidos diretamente na assistência da população. Segundo Alcantara *et al.* (2020) os cuidados e recomendações relacionados a LP estão consolidados e amplamente difundidos, contudo o conhecimento científico ainda não foi satisfatoriamente aplicado para transformar a realidade. Assim, a prevalência de LP é preocupante principalmente por ser um evento evitável e que possui associação significativa com a mortalidade em pessoas idosas (ALCANTARA *et al.*, 2020).

Com o crescente quantitativo de idosos houve também, maior demanda de serviços de saúde para assegurar o atendimento a essa população, além da necessidade de ampliação do número de instituições de longa permanência para os idosos. Surgiu assim, um novo campo de atuação para os profissionais de saúde, já que os idosos

necessitam de cuidados especializados para as suas demandas físicas, mentais, emocionais e sociais. Esse aspecto se justifica em parte, pelo fato de que essas instituições atendem pessoas com comorbidades que interferem em sua autonomia, elevam limitações do próprio envelhecimento, fragilidade e muitas vezes sem suporte e apoio de familiares (FENG *et al.*, 2018; SARDELI *et al.*, 2021).

Em instituições de longa permanência para idosos são planejadas e desenvolvidas atividades para preservar a mobilidade e independência da pessoa idosa para as atividades de vida diárias, visando preservar ao máximo a autonomia dos mesmos. Em contrapartida, as pessoas idosas que se encontram na rede de atenção hospitalar ficam muito limitadas por diversos fatores e isso eleva significativamente a incidência e prevalência de LP. Dentre esses fatores destacam-se além da mobilidade física prejudicada, o prognóstico não satisfatório e a lentidão da recuperação da saúde (LOPES; BATASSINI; BEGHETTO, 2021).

Em consonância, estudos desenvolvidos com pacientes admitidos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), evidenciaram que o comprometimento cutâneo foi mais frequente entre as pessoas mais idosas, com início de surgimento das lesões entre o 3º e 4º dia de internação hospitalar (BEREDED; SALIH; ABEBE, 2018; LOPES; BATASSINI; BEGHETTO, 2021).

Baseado no perfil da amostra encontrado no presente estudo, outro fator associado a presença deste agravo são os indivíduos que fazem uso da polifarmácia, essa prática favorece a ocorrência de desfechos negativos como fragilidade, estímulo a modificações na pele, interações medicamentosa e óbito. Conseqüentemente, torna-se um fator de grande importância uma vez que uma parcela considerável da população com faixa etária igual ou superior à 65 anos, possuem alguma disfunção em órgão e/ou sistemas (JESUS *et al.*, 2020; LEITES *et al.*, 2020).

No que concerne a presença de comorbidades pré-estabelecidas no quadro clínico dos pacientes, um estudo revela que 84% dos integrantes da sua pesquisa apresentam alguma doença associada, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) se mostraram predominantemente frequentes nas amostras populacionais analisadas, além de doenças de caráter vascular (LIMA *et al.*, 2020; PONTES *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2019).

Corroborando com os dados, uma pesquisa realizada na Etiópia observou que em média metade dos participantes da pesquisa (50,33%) sempre implementavam medidas profiláticas para LP e que cerca de 15,03% nunca implementam práticas de prevenção na assistência em saúde, como o não reposicionamento ao leito e cisalhamento constante, refletindo diretamente de forma negativa no desfecho clínico de pacientes (BERIHU *et al.*, 2020; BEREDDED *et al.*, 2018).

Com base nas pesquisas realizadas, quanto aos tratamentos, destaca-se o envolvimento de abordagens específicas mediante a tipologia de cada lesão, bem como seu estágio e particularidades. Nessa perspectiva, LIMA *et al.*, (2020) relata que o tratamento de hidrogel com alginato e hidrocoloide são as intervenções mais utilizadas por via tópica, em contrapartida, frisa que no momento da alta hospitalar dos idosos, as LP não se encontravam totalmente cicatrizadas, podendo justificar-se pelos fatores do envelhecimento (JESUS *et al.*, 2020; LEITES *et al.*, 2020).

Verificou-se em um estudo do tipo estudo de caso, que em um questionário com 56 questões referentes ao risco de desenvolver LP, apenas 22 profissionais apresentaram respaldo técnico-científico adequado, correspondendo a 39,3%. Consoante a isso, outro estudo relata que barreiras como a carga de trabalho exacerbada, escassez de recursos humanos e materiais, falta de diretrizes e protocolos a serem seguidos, bem como a falta de atualizações à respeito do conhecimento mais atual para os profissionais da assistência direta, são barreiras para promoção de práticas preventivas (BERIHU *et al.*, 2020; MEIRELES; BALDISSERA, 2019)

O conhecimento técnico-científico para melhor abordagem a pessoa com LP, ou seja, avaliação das condições da pele no momento da admissão, aplicação de uma escala de predição de risco e implementação de medidas que visem a prevenção lesões são fundamentais para qualificar a assistência de enfermagem (SARDELI *et al.*, 2021). Contudo, após o desenvolvimento de lesão o enfermeiro deve usar os seus conhecimentos para avaliar e diferenciar os estágios da LP, para escolha e aplicação do tratamento mais adequado (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, 2016).

Um estudo revelou diferenças significantes quanto a prevalência de LP em idosos de pele negra que residem em instituições de longa

permanência nos Estados Unidos, em contrapartida, tal resultado pode estar associado ao despreparo profissional dos membros da equipe de enfermagem para a identificação do eritema cutâneo que não esbranquece (PACHÁ *et al.*, 2018; SARDELI *et al.*, 2021).

Em suma, a sistematização da assistência e a operacionalização da tomada de conduta, com base na orientação e promoção de medidas educativas tornam-se aliadas no trabalho da equipe, sendo estas as melhores abordagens na implementação do plano de intervenções (LARSON *et al.*, 2020). Um estudo conduzido em duas unidades hospitalares evidenciou que o rodízio de locais para o sensor de oxímetro, a realização de higiene externa adequada e a elevação da cabeceira do leito a 30º graus, encontram-se diretamente relacionadas com a redução dos índices de LP e são intervenções que podem ser implementadas durante a realização dos cuidados ao paciente (MENDONÇA *et al.*, 2018).

Apesar da aplicabilidade da escala de Braden ser bem difundida em grande parcela dos estudos analisados, a incidência das LP ainda é uma realidade preocupante em serviços de saúde. Assim, o enfermeiro deve instruir e aprimorar os conhecimentos de enfermagem da sua equipe, com o intuito de gerenciar riscos no desenvolvimento de LP e visando o reconhecimento de intervenções precoces e necessárias a prevenção das mesmas.

Os gestores devem apoiar as ações educativas com pacientes, familiares e especialmente com os profissionais de enfermagem e prover recursos para a implementação de cuidados adequados. Dentre os motivos que justificam essa necessidade estão a grande rotatividade de profissionais nos serviços de saúde e a rapidez com que os conhecimentos sobre LP se modificam, devido a acelerada inserção no mercado de novos produtos e coberturas para prevenção e tratamento das pessoas com LP e a produção constante de novos estudos e evidências científicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da produção científica de enfermagem revelou que as publicações se concentraram nos anos mais recentes, evidenciou-se também maior interesse por parte dos pesquisadores no que tange a

saúde, segurança e bem-estar da pessoa idosa com lesão por pressão. Ressaltando o aprimoramento da prática assistencial, pautada na atenção sistematizada e humanizada.

O levantamento bibliométrico do presente estudo, possibilitou conhecer as produções de conhecimentos de enfermagem em Lesão por Pressão. Consoante aos resultados obtidos na pesquisa, identificou-se que os estudos pertenciam predominantemente a pesquisadores brasileiros, sendo a região Sul e a região Nordeste responsáveis pela maior parte das pesquisas selecionadas. Todavia, sugere-se a síntese de novos estudos para formentar e instituir programas de incentivo aos profissionais de saúde, bem como ações que visem ampliar o conhecimento científico da equipe de enfermagem, ressaltando o papel do enfermeiro como membro propagador de conhecimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. H. S.; SILVA, D. P. M.; ANDRADE, C. C. S.; As conquistas e desafios da enfermagem diante da utilização da escala de ELPO. **Revista Artigos. Com**, v. 30, p. 1-6, 7 ago. 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/8487>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ALCANTARA, C.; et al. Fatores associados ao desfecho da hospitalização de idosos submetidos a correção de fratura de fêmur. **Cogitare Enfermagem**, [S.L.], v. 25, p. 1-12, 28 jan. 2020. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/64986>. Acesso em: 07 ago. 2021.

ALDERDEN, J.; et al. Outcomes Associated With Stage 1 Pressure Injuries: a retrospective cohort study. **American Journal Of Critical Care**, [S.L.], v. 27, n. 6, p. 471-476, nov. 2018. AACN Publishing. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30385538/>. Acesso em: 06 ago. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA – SOBEST ; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM EM DERMATOLOGIA – SOBENDE. **Classificação das lesões por pressão – consenso NPUAP 2016 – adaptada culturalmente para o Brasil**. São Paulo, 2016. Disponível em: https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/10/CONSENSO-NPUAP-2016_traducao-SOBEST-SOBENDE.pdf. Acesso em: 06 ago. 2021

BEREDED, D. T.; SALIH, M. H.; ABEBE, A. E.; Prevalence and risk factors of pressure ulcer in hospitalized adult patients; a single center study from Ethiopia. **BMC research notes**, vol. 11,1 847. 29 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6267874/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BERIHU, H.; et al. Practice on pressure ulcer prevention among nurses in selected public hospitals, Tigray, Ethiopia. **BMC research notes**, vol. 13, 1 207. 10 abr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7149915/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a promoção de segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde: 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 01 ago. 2020.

BERGSTROM, N.; et al. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. **Nursing Research**, v. 36, n. 4, 1988. DOI: 10.1097/00006416-198801000-00010. Acesso em: 12 ago. 2021.

CAMPOS, M. M. Y.; SOUZA, M. F. C.; WHITAKER, I. Y.; Risco para lesão por pressão em pacientes de unidade de terapia intensiva. São Paulo: **Revista Cuidarte**, 2020. Disponível em: <https://www-scopus.ez18.periodicos.capes.gov.br/record/display.uri?eid=2--2s0.85110352253-&origin=resultslist&sort-plf-f&src=s&sid=59ba3858e61bfff3bb3ade2e267237cd&sot=b&sdt=b&sl=80&s=TITLE%28Risco+para+les%C3%A3o+por+press%C3%A3o+em+pacientes+de+unidade+de+terapia+intensiva%29&relpos=0&citeCnt=0&searchTerm=>. Acesso em: 06 ago. 2021.

CASARIN, S. T.; et al. Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do *Journal of Nursing and Health*. **Journal of Nursing and Health**, [s. l], v. 10, n. 5, nov. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19924/11995>. Acesso em: 10 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº Lei nº 5.905, de 1 de agosto de 2000. COFEN nº 242. 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- DF. **Conselho Federal de Enfermagem**, 15 out. 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html. Acesso em: 07 ago. 2021.

CONSTANTE, S. A. R.; OLIVEIRA, V. C.; Lesão por pressão: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia e Saúde em Debate**, vol. 4, n. 2, p. 95-114, jul. 2018. Disponível em: <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/V4N2A6/138>. Acesso em: 10 ago. 2021.

FENG, H.; LI, H.; XIAO, L.; et al. Aged care clinical mentoring model of change in nursing homes in China: study protocol for a cluster randomized controlled trial. **BMC health services research**, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018. Disponível em:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3596-6>. Acesso em: 07 ago. 2021.

CORTÉS, L. O.; SALAZAR-BELTRÁN, D. L.; ROJAS-CASTAÑEDA, Y. A. Use of Hydrocolloid Dressings in Preventing Pressure Ulcers in High-risk Patients: a Retrospective Cohort. **Investigación y Educación em Enfermería**, vol. 36, n 1, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jats-Repo/1052/105255813011/105255813011.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ESKILDESEN, L.; et al. Aplicação da escala ELPO em pacientes submetidos à cirurgias cardiovasculares. **Rev Cuidart Enferm**, v. 13, n. 2, p. 116-121, 2019. Disponível em: <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/116.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

GARCIA, E. Q. M.; SILVA, B. T.; ABREU, D. P. G.; et al.. Nursing diagnosis in older adults at risk for pressure injury. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 55, p. 1-8, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/STzLfSBkZJXtRQxpkhP4fwR/?lang=en>. Acesso em: 07 ago. 2021.

JANSEN, R. C. S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. E. S. Braden Scale in pressure ulcer risk assessment. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 73, n. 6, p. 1-7, 07 jan. 2020. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jul. 2021.

MEIRELES, V. C.; BALDISSERA, V. D. A. Qualidade da atenção aos idosos: risco de lesão por pressão como condição marcadora. **Rev Rene**, Maringá, v. 20, n. 40, p. 1-9, 07 mar. 2019. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/40122>. Acesso em: 07 ago. 2021.

MENDONÇA, P. K.; et al. Prevenção de lesão por pressão: ações prescritas por enfermeiros de centros de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**. [s.], v. 27, n. 14, p. 2-10, 01 nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Z9CwyVqcD8MJqtqhy8gYjMG/?lang=pt#ModalArticles>. Acesso em: 10 ago. 2021.

JESUS, L. A.; MEDEIROS, M. O. S. F.; SILVA, M. G. Conhecimento de enfermeiras sobre a ocorrência de incidentes com pessoas idosas hospitalizadas. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 143, 17 out. 2019. Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36587/23060>. Acesso em: 07 ago. 2021.

JESUS, M. A. P.; PIRES, P. S.; BIONDO, C. S.; et al. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. **Revista Baiana**

de Enfermagem, [s. l.], v. 36, n. 34, p. 1-11, jan. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36587/23060>. Acesso em: 07 ago. 2021.

LABEAU, S. O.; et al. Prevalence, associated factors and outcomes of pressure injuries in adult intensive care unit patients: the decubicus study. **Intensive Care Medicine**, Ghent, v. 47, n. 2, p. 160-169, 9 out. 2020. Springer Science and Business Media LLC. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/33034686/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

LARSON, M.; et al. Nurses' view on nursing care for patients with pressure injuries. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-11, 24 jul. 2020. Research, Society and Development. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5993>. Acesso em: 10 ago. 2021.

LEITES, A. W. R.; et al. Pressure injury in adult patients hospitalized and served by a specialized skin service in the largest hospital in Paraná. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 9, p. 1-16, 14 ago. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6924>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6924/6299>. Acesso em: 07 ago. 2021.

LIMA, L. S.; ARAGÃO, A. R. O.; SANTOS, G. K. B. B.; et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com lesão por pressão no contexto hospitalar. **Estima, Brazilian Journal Of Enterostomal Therapy**, [S.L.], p. 1-9, 20 nov. 2020. SOBEST Associação Brasileira de Estomaterapia. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/917/349>. Acesso em: 06 ago. 2021.

LOPES, A. N. M.; BATASSINI, É.; BEGHETTO, M. G. Pressure wounds in a cohort of critical patients: incidence and associated factors. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 42, p. 1-10, jul. 2021. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/QJVDGBnJztSq3wHSzwSwNM/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

MACEDO, W. T. P.; FIGUEIREDO, B. M.; REIS, D. S. T.; Ensinando a Escala de Braden como estratégia para melhoria da qualidade da assistência em enfermagem. **IJHE- Interdisciplinary Journal of Health Education**. [s.l.], v. 4, n. 1-2, p. 19-26, 2019. Disponível em: <https://ijhe.emnuvens.com.br/ijhe/article/view/373/52>. Acesso em: 12 ago. 2021.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Cúpula da ONU discute envelhecimento populacional e desenvolvimento sustentável**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/76184-cupula-da-onu-discute-envelhecimento-populacional-e-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 06 ago. 2021.

OTTO, C.; et al. Fatores de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão em pacientes críticos. **Revista Oficial do Conselho de Enfermagem**, [s. l], v. 10, n. 1, p. 7-11, 19 jan. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1323/485>. Acesso em: 06 ago. 2021.

PACHÁ, H. H. P.; et al. Pressure Ulcer in Intensive Care Units: a case-control study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l], v. 71, n. 6, p. 3027-3034, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/bSnJL7MzRWKDKQqDqh-c5f6t/?lang=pt#>. Acesso em: 07 ago. 2021.

PEIXOTO, C. A.; et al. Risk assessment for perioperative pressure injuries. **Revista Latino- Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 27, p. 1-11, 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30698218/>. Acesso em: 07 ago. 2021.

PONTES, I. E. A.; et al. Fatores associados à lesão por pressão em idosos com câncer no trato gastrointestinal. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 7, p. 1-16, 16 jun. 2020. Research, Society and Development. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4279>. Acesso em: 07 ago. 2021.

RIGHI, L.; et al. Effects of a pressure-ulcer audit and feedback regional programme at 1 and 2 years in nursing homes: A prospective longitudinal study. **Plos one**, v. 15, n. 5, p. 1-12, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233471>. Acesso em: 07 ago. 2021.

SARDELI, K. M.; et al. Lesão por pressão em instituições de longa permanência para idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.7, n.2, p.12127-12139 feb. 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24143>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVA, D. V. A.; et al. Caracterização clínica e epidemiológica de pacientes atendidos por um programa público de atenção domiciliar. **Enfermagem em Foco: Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 112-118, dez. 2019. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1905/572>. Acesso em: 07 ago. 2021.

SOARES, R. S.; et al. Temperatura da pele de diferentes áreas corporais de idosos sem risco para lesões por pressão. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, [s. l], v. 10, n. 98, p. 1-19, nov. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/rt/printerFriendly/41643/html>. Acesso em: 07 ago. 2021.

NOTAS

SOCIOANTROPOLÓGICAS:

ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE E FELICIDADE

DENISE CRISTINA FERREIRA

Doutora em Ciências Sociais e Professora do departamento de Enfermagem no centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande –UFCG, denise.cristina@professor.ufcg.edu.br

RESUMO

Objetivo deste artigo é apresentar o tema sexualidade a partir do viés da sociologia, da antropologia e da saúde e sua importância para a chamada terceira idade; verificar de que maneira podemos pensar numa “bela velhice; perceber as principais temáticas sobre o idoso e a sua qualidade de vida que perpassa a sexualidade, a auto estima e a felicidade. Método: esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma revisão bibliográfica de cunho descritivo e exploratório. Foram pesquisadas revistas de saúde e artigos científicos relacionados ao tema, o que resultou na análise de quatorze artigos publicados. Resultados: a partir da análise de conteúdo foi perceptível que a sexualidade do idoso, ainda é um tema pouco trabalhado; a mesma ainda perpassa por processos de preconceito social e despreparo por parte dos profissionais da saúde para lidar com tal tema. Discussão: através dos artigos compreendemos que os profissionais de saúde, sociedade e a família ainda estão despreparados para lidar com o tema sexualidade na terceira idade. Conclusão: portanto, os profissionais da saúde devem passar por um processo de preparação para atuar de fato no cuidado com a sexualidade do idoso. Momento que deve ser pensando desde o período da graduação. Procurando, levantar questionamentos a respeito do papel da sexualidade do idoso na sociedade. Essa seria uma maneira importante da atuação do profissional de saúde na intenção de minimizar as barreiras que são impostas pela sociedade em relação à vida sexual do idoso.

Palavras- Chave: Idoso, sexualidade, saúde, felicidade.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o indivíduo é considerado como idoso a partir dos 60 anos de idade, em especial no caso do Brasil, sabendo que a idade para se definir velhice perpassa o âmbito cultural. Num país considerado em desenvolvimento, como o Brasil, a velhice a partir dos 60 é vista por alguns como o momento em que o ser humano passa a ser considerado sem habilidades para o desenvolvimento de certas atividades (BERNARDO; CORTINA, 2012).

Diante disto, compreendemos o termo idoso de modo relativizado. Essa definição perpassa o campo da relativização do envelhecimento do outro. A velhice não pode ser definida de forma exata a partir da idade. Uma vez que, fica a critério do histórico de vida dos indivíduos, o que fará o tornar um ser humano com mais idade e saudável ou um idoso com limitações na saúde (ROCHA, 1989).

De acordo com os dados do IBGE (2014) e do Ministério da saúde, o Brasil vem envelhecendo de maneira rápida. O Brasil num futuro próximo será um país com um considerável número de idosos. Essa é uma preocupação fundamental para aqueles que lidam com a saúde, como os profissionais de enfermagem. A atuação do enfermeiro através do seu ato de cuidar, passa pelo processo de ter como profissional um papel preponderante, no que diz respeito, aos dilemas referentes a saúde do idoso (BRASIL, 2015).

O envelhecimento da população tem sido um tema de intenso debate na atualidade. O Brasil sempre foi considerado um país jovem, vem ao longo das décadas registrando um maior envelhecimento de sua população. De acordo com dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e na Folha de São Paulo, o Brasil está envelhecendo numa velocidade bem maior do que países desenvolvidos, o que de certo modo, causará grande impacto nos sistemas de saúde e serviços no geral. As estimativas do (IBGE), nos próximos 20 anos a população acima de 60 anos vai triplicar, com dados atuais de 22,9 milhões (11,34% da população) para 88,6 milhões (39,2%). Com uma expectativa de vida que deve aumentar dos 75 anos para os 81 anos (FSP, 4 dez. 2015).

Como vimos esses dados estatísticos nos inquieta, uma vez que, demonstram que a terceira idade vem se tornando um grupo de maior relevância em termos populacionais no Brasil. Dessa forma, suas necessidades precisam ser atendidas e respeitadas por diversos segmentos da sociedade.

O governo Federal vem de certo modo investindo em algumas políticas públicas voltadas para o idoso, principalmente para a preservação dos seus direitos. Para isso, temos o estatuto do idoso, sancionado em 2003, pela lei 10.741/03, cujo artigo estabelece,

Art. 3º - É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 2003, p. 1244).

O artigo, a partir das diretrizes do estatuto do idoso, regulamente os direitos dos idosos a partir dos 60 anos, procurando evidenciar o papel da família e da sociedade como um todo, na intenção de assegurar ao idoso prioridade na efetivação da lei e do direito à vida, à saúde e a alimentação, assim como a liberdade, a dignidade e o respeito. Temas como amor, liberdade, sexualidade, ainda são vistos de certa forma como tabu, quando associados ao idoso, é partir disto que traçamos algumas reflexões socioantropológicas.

Diante do que foi explanado partimos de uma seguinte indagação, o que é ser velho na nossa sociedade? Essa é uma pergunta que gera inúmeras outras discussões, em um país como o Brasil falar sobre envelhecimento ainda parece algo assustador. Um país que recentemente recebeu a terceira posição mundial no ranking de estética no mundo, ficando assim atrás apenas, dos Estados Unidos que tem 16,5% e da China com 10,3%. Esses dados nos deixam com a seguinte reflexão os cuidados com o corpo, estão atrelados de fato a qualidade de vida, ou ao medo de envelhecer? Os centros de estética têm se expandido por todo Brasil, a busca pelo corpo perfeito e jovem tem sido uma constatare entre a população. Parecer mais jovens seja por meio dos inúmeros filtros que são apresentados por meio das fotografias ou seja por um procedimento estético, parece ser algo constante no Brasil.

Talvez estas questões estejam também associadas a auto estima do sujeito que busca um corpo perfeito. Diante disto, parece existir no âmago de tudo isso uma negação do envelhecer. Essa negação afeta diretamente a vida social e emocional dos indivíduos. De acordo com Rodrigues et al. (2016) a auto estima é sentimento positivo ou mesmo negativo que o indivíduo tem para consigo mesmo. Desse modo, entende-se que para ser um sentimento positivo a pessoa tem alto estima, se valoriza e demonstra autoconfiança de seus atos. Esse é um sentimento que faz com que o sujeito se sinta bem e realizado.

Quando nos referimos a terceira idade, a saúde do idoso e em específico a sua sexualidade, estamos nos referindo a uma temática que ainda é tabu na nossa sociedade. A sexualidade do idoso é banida, camuflada e pouco ou nada falado. Uma vez que, por vezes associam a sexualidade apenas ao ato sexual. Essas questões estão associadas aos aspectos culturais da sociedade a qual estamos inseridos.

Diante de um país que é ranking mundial em termos de estética, ser velho não parece ser nada fácil. Ao caminharmos pelas ruas, shopping das cidades pelo Brasil dificilmente ou quase nunca vemos propagandas que enalteçam a velhice e/ou a terceira idade. Certamente, ao chegarmos numa farmácia veremos algumas propagandas com fotos de idosos em fraldas, ou cosméticos que evitem assaduras. Essas questões levantadas nos remetem a muitas outras reflexões que giram em torno do ser idoso e se aceitar como idoso. Essas reflexões nos levam a pensar sobre muitas outras como de fato o que é envelhecer com saúde. No Brasil se faz urgente e necessário a discussão cultural, que enaltece por meio da mídia, dos objetos de desejo o corpo jovem e não o envelhecido que é por vezes esquecido ou mesmo enclausurado.

Então, a partir disto, qual o sentimento de envelhecer? É possível envelhecer mantendo os desejos de uma sexualidade ativa? Assim, podemos considerar como bem colocou David Le Breton (2011), que o sentimento de envelhecer provém de uma mistura de consciência de si por meio de uma consciência de um corpo que muda e que é rechaçado constantemente pelos aspectos social e cultural. Dessa forma, estão imbricados elementos internos e externos que acabam definindo o sentimento de envelhecer. Para Caradec (2014), certas políticas sociais ou até mesmo de saúde baseiam-se em limites cronológicos

que já remetem uma imposição temporal de que você está envelhecendo, o que de certo modo, já indica certas limitações.

A categoria idoso, já vinha sendo problematizada por diversos nomes importantes, como por exemplo, Simone de Beauvoir,

É uma certa categoria social, mais ou menos valorizada segundo as circunstâncias. É, para cada indivíduo, um destino singular – o seu próprio. O primeiro ponto de vista é a dos legisladores, dos moralistas; o segundo, o dos poetas; quase sempre, eles se opõem radicalmente um ao outro (BEAUVOIR, 1990, p. 109).

Neste instante, Beauvoir (1990), remete a forma como alguns segmentos sociais se referem ao idoso, mais a frente do texto ela vai afirmar que os ideólogos são os que nomeiam a velhice, de acordo, com os seus interesses particulares.

A antropóloga carioca Miriam Goldenberg, tem se dedicado nas últimas décadas reflexões importantíssimas, no que concerne, o envelhecer com felicidade e autoestima. Inspirada no livro A velhice (1990), de Simone de Beauvoir, nos aponta que:

[...] após muitas leituras, discussões com alunos e colegas, e muito empenho em entender uma forma mais positiva de experimentar o envelhecimento, acabei descobrindo uma provável saída para homens e mulheres que desejam envelhecer com dignidade, liberdade e felicidade (GOLDENBERG, 2015, p. 31).

A Miriam Goldenberg nasceu em São Paulo em 1957, mas em seguida passou a morar na cidade do Rio de Janeiro. Doutora em antropologia Social é professora do departamento de Antropologia Cultural na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Seus estudos têm como inspiração teórica o pensamento de Pierre Bourdieu, Nobeit Elias, Gilberto Freire, Erving Goffman, Roberto DaMatta, Sinome de Beauvoir, Gilbert Velho e outros. Nas ultimas décadas tem se debruçado em diversas temáticas de interesses femininos e masculinos.

Dentre as várias obras publicadas estão livros relacionados ao envelhecimento como: Coroas: corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade (2008); A Bela Velhice (2015); e livros organizados sobre o assunto - Corpo, envelhecimento e felicidade (2011) e Velho é lindo (2016). Também publicou obras sobre sexualidade: A Outra (1990);

Toda mulher é meio Leila Diniz (1995); A arte de pesquisar (1997); Nu e vestido (2002); Por que homens e mulheres traem? (2010); Intimidade; Tudo que você não queria saber sobre sexo (2012); Os novos desejos (2000); e De perto ninguém é normal (2005).

Desde 2007, mais especificamente, a autora tem realizado pesquisas sobre o tema envelhecimento, tendo também apontado certos caminhos para viver bem esta etapa da vida. Seus temas tem intensas repercussões foi convidada a realizar conferências na Alemanha para falar sobre corpo e comportamentos. Tendo como ponto de partida o corpo como capital, na Alemanha entrevistou mulheres na faixa etária dos 50 anos. A partir destas entrevistas ela constatou que estas mulheres estavam no auge das suas vidas em termos de trabalho, poder e realização, sendo então, elas com marido ou sem marido, não se importavam com o envelhecimento. Ao fazer um comparativo com as mulheres brasileiras, da mesma faixa etária, percebeu o sofrimento e a angústia, foi a partir disso, que ela se preocupou em estudar questões sobre a velhice.

Desse modo, a autora iniciou mais de 1700 entrevistas com inúmeras mulheres, a partir disso, a autora começou a afirmar que era necessário e urgente a preparação dos sujeitos no Brasil para o que ela chamou de uma bela velhice. Goldenberg (2013), destacou que é preciso ter um projeto de vida para quando chegar a velhice, encontrar coisas que gostem de fazer, aprender também a dizer "não", dar risadas, enfrentar o medo, buscar a liberdade, cultivar os seus desejos.

Goldenberg (2013), ainda dar ênfase ao lado negativo da velhice como: doenças, dores, problemas familiares, falta de dinheiro e entre outros. Porém, quando a saúde está boa e eles tem dinheiro conseguem ficar felizes, pois terão liberdade e mais tempo para se cuidar. Em A bela Velhice (2013) a autora faz referências aos chamados "belos velhos" e nisso destaca alguns nomes como: Caetano Veloso, Rita Lee, Ney Matogrosso e outros, como aqueles que conseguem resignificar o envelhecimento. Trata-se, de uma geração de velhos que atravessou tantas revoluções comportamentais nos anos de 1960 e 1970, mudando assim a forma de se vestir, vivenciar o sexo e o amor. Essas são pessoas que estão, de certo modo, criando uma nova imagem dos velhos. Para a autora é preciso se preparar para o que ela chamou de bela velhice e, um projeto de vida é fundamental, tanto para os velhos de hoje, como para os do futuro.

A bela velhice tratada pela Goldemberg faz alusão ao conceito extraído das obras de Simone de Beauvoir, após descrever o dramático quadro do envelhecimento, aponta possíveis caminhos para a construção de uma chamada "bela velhice". A autora reafirma que tem tentado em sua militância procurar evidenciar aspectos positivos e belos da velhice, sem deixar de evidenciar os aspectos negativos. O seu artigo a bela velhice foi publicado em 2012, tendo assim uma grande repercussão entre os homens, o que a deixou bastante curiosa, já que sempre recebia o retorno das mulheres. A bela velhice, retrata desse modo temas como, sexualidade, tempo, amizades, segurança, projeto de vida, família e vitalidade. Além disso, temas como corpo, casamento e relacionamento foram temas que atravessaram suas inquietações quanto ao envelhecimento.

A autora foi no decorrer das suas publicações de artigos ficando ainda mais curiosa e tentando compreender as razões de seu artigo ter tocado tão profundamente esses homens. Segundo Goldenberg (2013) eles enfatizaram o desejo de continuar estudando, trabalhando em algo que lhes dê prazer. Além disso, querem ser produtivos, úteis e ativos, nesta fase da vida. Não querem perder tempo, já que o tempo para eles não pode ser desperdiçado. Afirmo Goldenberg (2013, p. 24) "Não querem se aposentar de si mesmos". Essa é uma maneira de compreendermos o quanto ser idoso na sociedade tem sido difícil, uma vez que, o envelhecimento ainda é visto como inutilidade.

A sexualidade é um tema que atravessa o pensamento de Goldenberg (2011, 2012, 2013). Uma vez que, trata-se de um tema fundamental para o ser humano, sabendo que a sexualidade é um aspecto da vida social que se faz presente na vida dos sujeitos, desde a civilização. Sabendo que por muitos anos a sexualidade esteve vinculada apenas à reprodução e fora do contexto da afetividade, essa é uma fala cultural, que perpassa desde os povos primitivos, passando pelos gregos, romanos e pela idade média. Muitos foram os mitos negativos criados para se pensar no envelhecimento e isso tende a se intensificar quando o assunto é a sexualidade do idoso, devido a uma série de preconceitos (RISMAN, 2005).

Como já tínhamos apontado a Goldenberg (2013) nos apresenta reflexões importantíssimas sobre envelhecer com felicidade, auto estima e saúde. A autora traz consigo um conceito o qual ela chama

de "Velhofobia", para se referir a maneira como a sociedade brasileira trata os idosos, esse termo remete a uma crítica ao preconceito e exclusão vivido pelos idosos no Brasil. Termos como melhor idade, de acordo com a autora não devem ser colocados, mas sim pensar o envelhecimento como algo natural. Como modo de provocar a reflexão a Goldenberg publica textos na folha de São Paulo com intuito de provocar reflexões.

Em 05 de junho de 2012, ela publicou o artigo "O manifesto das coroas poderosas" considerando assim sua coluna de maior sucesso, a qual recebeu inúmeras mensagens de apoio e entusiasmo sobre sua proposta. A autora definiu "as coroas poderosas" como as mulheres que não se preocupam com rugas, celulites, pescoço e entre outros.

O envelhecimento traz uma grande mudança: você deixa de existir para os outros e se liberta pela 1ª vez. Na Bienal do Livro do Rio participei do debate "Elas não envelhecem mais: as novas velhas". Comecei discordando do título, dizendo que no Brasil envelhecemos, sim e precocemente. Aos 30 anos já estamos preocupadas com fios de cabelos brancos, ruguinhas que começam a aparecer, quilinhos a mais. Na Alemanha, onde fiquei alguns meses entrevistando mulheres, aos 60 elas não falam dessas questões. Falam do trabalho, da casa, das viagens, dos projetos. Aqui, mesmo antes dos 30, as mulheres só falam da decadência do corpo e da falta de homem. Ou ainda das faltas dos seus homens (falta de comunicação, de romance, de carinho, de elogios, de sexo, de fidelidade etc.) (GOLDENBERG, 2011, p.01).

Foi pensando nisso, que se sentiu a necessidade de escrever um trabalho sobre a sexualidade do idoso. No intuito de perceber através da revisão bibliográfica de que maneira os profissionais da saúde vem lidando com tal temática. Algumas perguntas centrais nortearam a elaboração deste trabalho como: de que modo os profissionais da saúde vêm trabalhando como tema sexualidade na terceira idade? De que maneira tal tema vem aparecendo nas produções científicas? A partir disto o objetivo geral do trabalho foi analisar o tema sexualidade e sua importância na terceira idade; verificar de que maneira tal tema vem sendo abordado; perceber as intervenções do profissional da enfermagem em relação a essa temática. O tema analisado foi importante por se tratar de saúde pública. Sabendo que de alguma maneira

ainda enfrenta muito preconceito, quando no referimos à sexualidade do idoso. Diante disto, o profissional de enfermagem é considerado fundamental no processo de saúde e bem estar da sociedade. Espera-se que esse trabalho possa contribuir academicamente com todos aqueles que se preocupam com a saúde e em especial a do idoso.

Envelhecer é natural, esse é um processo que causa no organismo várias alterações físicas, culminando nas alterações funcionais do indivíduo. O processo de envelhecimento deveria ser encarado na sociedade como algo da natureza humana. Sendo visto, como um processo importante e necessário a vida do ser humano. Silveira (2011) ainda nos alerta que na maioria das vezes o envelhecimento é visto como prejuízo e um problema social. É importante mencionar também, neste momento, as políticas públicas de apoio a saúde do idoso, dentre elas podemos citar a Política Nacional do Idoso lei 884/94, que preza pelo mecanismo de organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso, dispondo também das responsabilidades regidas pela norma operacional de assistência à saúde (NOAS), Programa de Assistência aos portadores de Doença de Alzheimer- Portaria 703/02.

Como garantia de melhores condições de vida, o idoso possui seu Estatuto, a partir da lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que garante ao idoso os direitos fundamentais a pessoa humana, saúde, lazer, segurança e bem estar social (BRASIL, 2003). Essa é uma lei que garante ao idoso qualidade de vida. Nos sistemas de saúde o idoso deve ser acompanhado de forma rigorosa. A pessoa idosa por diversas vezes é vista como uma pessoa imatura, insegura e de modo preconceituoso. Para Almeida (2014) devido parte da sociedade pensar desta forma, é que o estatuto do idoso por meio do Estado, fala sobre os direitos do idoso como cidadão, para assim garantir sua contribuição social e assegurar seus direitos.

Por isso, a sexualidade faz parte da vida de todo ser humano. E ela não pode deixar de existir pelo fato da pessoa envelhecer. Embora, que a sociedade prefira, muitas vezes, entender que o idoso depois de um certo tempo não desenvolve mais a sexualidade. Pensando nisso, o debate presente procura compreender a vida sexual do idoso para além da idade. Tanto mulheres, como homens, apresentam mudanças fisiológicas e de alguma maneira isso afeta na vida sexual, mas isso não quer dizer que eles não possam ter uma vida saudável neste âmbito.

Portanto, a sexualidade faz parte da vida do ser humano, desde seu nascimento até a morte. E não é apenas a necessidade do contato físico, mas também proporciona oportunidade a pessoa idosa de expressar e receber afeto, melhorando sua auto-estima e vínculo emocional afetivo.

METODOLOGIA

O presente artigo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo. Além disso, segundo Severino (2007) um estudo bibliográfico que trata de uma elaboração apurada sobre determinado tema com material já elaborado constituído principalmente de artigos científicos. Uma vez que, trata-se também de uma profunda análise de registros já disponíveis decorrentes de pesquisas anteriores seja em documentos impressos, como: artigos científicos, dissertações, teses e entre outros. Para o desenvolvimento deste artigo buscamos analisar fontes de publicações nacionais e internacionais, com temas que tivessem relação com a sexualidade do idoso. Desse modo, o universo de pesquisa contou com duzentos artigos científicos, entre dissertações e teses. Que foram encontrados por meio do portal virtual de saúde (BVS) que possui sites como: Scielo, Lilacs, Medline e entre outros, a partir dos descritores idoso, envelhecimento, saúde, sexualidade, gerontologia, felicidade na terceira idade e enfermagem. Tendo ainda como recorte temporal os últimos três anos de publicação sobre o tema. Portanto, após a compilação dos artigos com temas principais foram selecionados e escolhidos apenas dez artigos científicos. No processo de compilação levamos em consideração as publicações nacionais com datas recentes. Através da leitura dos resumos dos artigos pudemos perceber os mais importantes para o debate em questão. Todos os artigos analisados demonstraram preocupação com a sexualidade do idoso.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sociedade na atualidade ainda sofre com resquícios de preconceito e resistência quando se refere a vida sexual, principalmente do idoso. Uma vez que, a sexualidade na terceira idade é frequentemente

vista com base nos velhos estereótipos privados de significados. Desse modo, cria-se a ideia de que envelhecer é incompatível com uma boa qualidade de vida.

Os estereótipos de que os idosos não são atraentes fisicamente, não se interessam por sexo, ou são incapazes de sentir algum estímulo sexual, ainda são amplamente difundidos. Ninguém deve negar a importância do amor e da vivência da sexualidade na vida do homem, os quais são alguns dos principais construtores que colaboram para a qualidade de vida das pessoas. É necessário entender que mesmo com as transformações do corpo e de algumas limitações físicas é preciso reeducarmos a nossa visão para compreendermos a vida do idoso na sociedade.

O artigo de Soares e Meneghel (2021), teve como objetivo principal identificar as vivências relatadas por idosos dependentes das suas famílias. Dessa forma, os autores produziram seus dados por meio de entrevistas semiestruturadas, incluindo assim conversas sobre sexualidade, entre outros aspectos da vida cotidiana. Foram entrevistados 64 idosos, sendo que apenas 26 falaram sobre sexualidade. Portanto, os autores mencionam que os homens falam de sexo relacionando a fatores biológicos, da atividade sexual propriamente dita. Já o público feminino está mais vinculado aos aspectos culturais que reforçam os padrões de gênero, uma vez que, se espera da mulher submissão, de pendência e cuidado, nota-se em alguns relatos a abdicação de si mesmo.

O texto de Nunes e Sousa (2020) trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre a temática da sexualidade em idosos, tendo como objetivo central a descrição do conhecimento presente em obras analisadas. Por meio de bases de dados, buscou-se a identificação de artigos que respondessem o seguinte questionamento: qual o conhecimento científico sobre a sexualidade em idosos? De uma amostra inicial de 241 artigos, apenas seis foram selecionados elegíveis para análise, o que diagnosticou a grande escassez literária e também a ausência de capacitação profissional de profissionais da saúde sobre a sexualidade em idosos.

O artigo de Souza et al. (2019) trata-se de uma revisão integrativa de literatura, organizada no mês de outubro de 2017, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Seu propósito foi reconhecer os

principais impasses referidos por idosos perante a sexualidade na terceira idade em nosso contexto nacional. Sendo selecionados quinze estudos como amostra, pôde-se identificar a grande necessidade de combater os preconceitos quanto a liberdade da sexualidade do idoso, o que pode ser feito pela reestruturação de políticas públicas que contemplem a temática e abranjam o público idoso e os profissionais de saúde

Evangelista et al. (2018), procurou analisar em sua pesquisa a sexualidade do idoso e o papel da enfermagem, para tal análise, foi desenvolvida uma pesquisa de caráter transversal, de cunho exploratório com abordagem quantitativa. Tendo como cenário, Atenção Básica do município de Sobral, CE. Desse modo, os autores desenvolveram critérios de inclusão para participação no estudo como: ser enfermeiro, com tempo de atuação com no mínimo três meses. E o critério de exclusão contou com o enfermeiro está afastado das suas atividades laborais. Assim a amostra da pesquisa dos autores contou com cerca de 56 enfermeiros que atuavam na zona Urbana do Município de Sobral-CE. Os autores apontaram através do estudo que uma grande porcentagem de enfermeiros ainda tem atitudes de preconceito frente a temática, mesmo tendo conhecimento do assunto.

Santos et. al. (2017) realizaram um estudo de intervenção, do tipo antes e depois com abordagem quantitativa. Seu objetivo estava centrado na avaliação de ações educativas em saúde sobre sexualidade em idosos. Para sua realização, a população do estudo foi composta por 28 idosos já cadastrados em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana, no município de Picos – PI e o estudo teve duração de nove meses. Utilizou-se o método de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) para mensurar o conhecimento pré e pós as intervenções educativas, objetivando medir o que a população sabe sobre o tema. Desse modo, concluiu-se que antes da aplicação apenas 25% sabia a diferença entre sexo e sexualidade e após a intervenção 75% sabia distingui-las. Antes, 50% afirmavam que a sexualidade era algo indiferente e após a intervenção 57,1% responderam que reconhecem sua importância.

Dantas et.al (2017) trabalhou a sexualidade e a qualidade de vida na terceira idade por meio de uma revisão integrativa mediada por bancos de dados voltados às ciências da saúde, se utilizando de 16

artigos para análises mais aprofundadas acerca do tema. O estudo enfatizou o papel da sexualidade desde o surgimento da espécie humana, e a defende como aspecto central do ser humano. Outrossim, salienta a grande possibilidade do idoso ser infectado pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e pela AIDS, uma vez que no Brasil não há uma discussão nem assistência médica sobre essas campanhas para os idosos. Isso porque, ao se encontrar enraizado, o preconceito deixa passar por despercebido o caso.

Essa invisibilidade da vida sexual na velhice ocasiona o desconforto dos profissionais de saúde na discussão do assunto, o que é associado ainda ao despreparo de conhecimento e recursos materiais para tratar o tema. Desse modo, relevou-se que a sexualidade está mais relacionada à qualidade de vida dos jovens do que dos idosos, conceito esse que provém de um viés cultural e social pautados em tabus, que não permitem o livre debate sobre o tema, ocasionando um maior risco para aqueles que praticam o ato sexual na terceira idade. Logo, há uma grande interferência em sua qualidade de vida.

De acordo com o estudo de Uchoa et al. (2016) sobre sexualidade a partir do olhar da pessoa idosa, foi aplicado um questionário, de autoria própria, em 200 idosos, com o objetivo de identificar questões relacionadas à sexualidade na juventude e nos dias atuais. Usando um estudo analítico e transversal foi possível identificar que em grande parte, cerca de (62,5%), afirmou não estar preparado na juventude para iniciar a vida sexual. Sendo que (41%), deles disseram ter um conhecimento reduzido sobre as DST e destes ainda (42,3%), sobre as formas de prevenção. Foi possível ainda de acordo com a pesquisa dos autores compreender que cerca de (84%) não sabiam distinguir o conceito de sexo e de sexualidade, mencionando desse modo, a família, a religião, como fatores principais dessa inibição.

O texto de Alencar (2016) trata-se de um recorte de dissertação, tendo como objetivo central, analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade entre os idosos. Com uma abordagem uma abordagem quantitativa foi possível estabelecer alguns dados, entre eles, trata-se de relatos com um público em sua maioria feminino. Desse modo, os autores apresentaram que cerca de (67,2%) alegaram a relação entre sexualidade com a genitália, cerca de (51,5%) relatou pensar em sexo. No entanto, (71,1%) disseram ser indiferentes ao

desejo sexual, sendo (32,3%), confirmaram ter atividade sexual, e por fim (23%), mencionaram a prática da auto erotização.

Ainda é preciso entender que dentro deste contexto os idosos enfrentam várias vezes a falta de uma assistência médica e oportunidade para falar sobre tal tema. A imagem corporal que é passada para a sociedade dificulta ainda mais sua inserção na vida sexual ou mesmo da sua continuidade. O ato de envelhecer traz uma série de relações e questões que envolve a incapacidade do idoso para o desempenho de atividades diárias, isso pode de alguma maneira, desencadear problemas psicológicos (SKOPINSKI, 2015).

Portanto, a partir do recorte apresentado pelos artigos, com pesquisas nos últimos anos, foi possível compreender que o tema sexualidade mesmo ainda sendo atravessado por um certo preconceito e conservadorismo típico dos aspectos culturais, é perceptível a veemente preocupação com a temática na área da saúde. Uma vez que, o papel dos profissionais da saúde como foi mencionado anteriormente é poder discutir abertamente questões relacionadas a sexualidade do idoso, como um dos pontos para melhorar sua saúde e vida.

Já que o exercício da sexualidade na fase do envelhecimento precisa ser percebido como uma atividade positiva frente a ótica profissional. Desse modo, tanto o profissional de saúde, como também o idoso deve ver tal prática como boa e importante. Desde que o idoso de certo modo também esteja aberto ao diálogo sobre o assunto. Isso deve ser feito também por meio de uma educação social, através de campanhas, ações educativas, nas consultas de rotina, por meio da família como apoio e entre outros momentos da vida do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão evidenciou fatores como influência cultural, repressão na educação e ainda falta de informação, quando o assunto é sexualidade. Mesmo com as modificações fisiológicas apresentadas pelos idosos é importante compreender que a vida sexual pode permanecer até o fim da vida. Mas, para que os idosos tenham essa consciência é importante a influência e a orientação por parte dos profissionais da saúde.

Temas como afetividade e bem-estar social foram enumerados pelos artigos. A proposta dos autores foi demarcar a sexualidade do

idoso como algo que deve ser tratado com mais liberdade, já que a sexualidade também, diz respeito, a qualidade de vida e bem-estar humano. A falta de conhecimento, a vergonha, as influências religiosas e da família, ainda são as principais barreiras a serem vencidas pelos idosos para que se tenha uma velhice com mais saúde. Outro fator importante mencionado pelos idosos nos artigos com entrevistas é a falta de diálogo e assistência médica para com o debate da sexualidade e das doenças sexualmente transmissíveis. A sexualidade do idoso é um tema importante e urgente, uma vez que, faz com que esse sujeito viva plenamente sua saúde e ajude na auto estima.

Portanto, cabe aos profissionais da saúde se preocuparem com essa questão que afeta o biológico, social e psicológico do idoso. Na intenção de propor e estimular o debate de tal tema entre os idosos e seus familiares. Assegurando-os a privacidade para vivenciar sua vida sexual, isso também se estiver em instituições fechadas. Enfim, espera-se que esse trabalho contribua para com aqueles que se preocupam com a saúde e o bem estar da sociedade. Na intenção de propor longos debates com propostas de políticas públicas que priorize um debate entre profissionais da saúde, família e a sociedade de num processo de reeducação para lidar com mais naturalidade sobre o tema sexualidade dos idosos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. L. D., *et al.* Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; 19(5):861-869. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgb/v19n5/pt_1809-9823-rbgb-19-05-00861.pdf. Acesso em: 05 mai de 2021.

BEAUVOIR, Simone. *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Estatuto do Idoso - Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. *Vade Mecum Acadêmico de Direito Rideel*, 18 Edição. São Paulo: Rideel, 2003.

BRASIL, lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Decreto nº 6.214, de 2007.

BERNARDO, R.; CORTINA, I. Sexualidade na terceira idade. **Rev. Enfer UNISA**, São Paulo v.13, n.74-8, 2012. Disponível em: <http://www.unisa.br>. Acesso em: 30 Jul de 2021.

BRASIL. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Secretaria Nacional de promoção e defesa dos direitos humanos. 2018. Disponível em: <http://>

www.sdh.gov.br/assuntos/pessoaidosa/dadosestatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf. Acesso em: 30 março de 2021.

DANTAS, Daniele Vieira, *et al.* Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 19(4): 140-148, out-dez, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/admin/Downloads/canhoque,+17.+15294+\(140-148\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/canhoque,+17.+15294+(140-148).pdf). Acesso em: 22 jul 2021.

EVANGELISTA, Andressa da Rocha et al. Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP** · 2018; 53:e03482. Disponível em: [sexualidade-de-idosos-conhecimento-atitude-enfermeiros-estrategia-saude-familia.pdf](#). Acesso em: 10 de fev de 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5º Ed. São Paulo: atlas, 2008. GOLDENBERG, Mirian. **A bela velhice**. Rio de janeiro: Record, 2013.

GOLDENBERG, Mirian. **Coroas, corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade**. Rio de janeiro: Record, 2015.

GOLDENBERG, Mirian. **Corpo, envelhecimento e felicidade** (org.). Rio de janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

GOLDENBERG, Mirian. **Velho é lindo** (org.). Rio de janeiro: Civilização Brasileira, 2016. GOLDENBERG, Mirian. **A Bela Velhice, com Mirian Goldenberg** (versão Tv Cultura). Disponível em: <https://institutocpfl.org.br/a-bela-velhice-com-mirian-goldenberg-versao-tv-cultura/>. Acesso em: 09 Abr. 2021.

IBGE. **Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=idosos&searchphrase=all>. Acesso em: 08 de fev. 2021.

IBGE. **Em 10 anos cresce o número de idosos no Brasil**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=idosos&searchphrase=all>. Acesso em: 23 jan. 2017.

IBGE. **Expectativa de vida do brasileiro**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=idosos&searchphrase=all> . Acesso em: 16 Mai. 2021.

IBGE. **Tábuas Completas de Mortalidade do Brasil de 2015**. Disponível em: Acesso em: 26 jan. 2017. Instituto de Pesquisa DataFolha. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/busca.html?searchword=idosos&searchphrase=all>. Acesso em: 21 fev. 2021.

FSF. População Idosa vai triplicar entre 2010 e 2050, aponta dados do IBGE. **Folha de São Paulo**, 26 de agosto de 2016. Disponível em: <https://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,populacao-idosa-vai-triplicar-entre-2010-e-2050-aponta-publicacao-do-ibge,10000072724> . Acesso em: 06 de jun. 2021.

LE BRETON D. **Antropologia do corpo e modernidade**. Petrópolis: Editora Vozes; 2011.

NUNES, Adriana Cavalcante; SOUSA, Aline da Silva. **Abordagem da sexualidade em idosos**: um revisão narrativa da literatura. 2020. 26 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, PUC, Goiânia, 2020. Disponível em: <https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/bitstream/123456789/1362/1/TCC%20GABRIELA%20FINAL.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

ROCHA, Everardo P. Guimarães. **O que é etnocentrismo**. 6º ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

RODRIGUES. A., ASSMAR. E. M. L. JABLONSKY. B **Psicologia Social**. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Gabriela Rezende et al. Impacto da mamoplastia estética na autoestima de mulheres de uma capital nordestina. **Rev. bras. cir. plást**, v. 34, n. 1, p. 58-64, 2019.

SOARES, Konrad Guterres; MENEGHEL, Stela Nazareth. O silêncio da Sexualidade em idosos dependentes. Revista **Ciênc. Saúde Colet**. 26 (01) • Jan 2021. Disponível: SciELO - Brasil - O silêncio da sexualidade em idosos dependentes O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. Acesso em: 23 jun de 2021.

SANTOS, Núbia Fernanda Vieira dos, et al. Ações de Educação em Saúde Sobre Sexualidade com Idosos. **Rev. Saúde em Redes**. V 3, N. 2, p. 162-171. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/828>. Acesso: 20/09/2021.

SOUZA, Gilyanne da Silva et al. Enfrentamento de Idosos Frente à Sexualidade na Terceira Idade: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Mult. Psic**. V.13, N. 48 SUPLEMENTO 1, p. 429-440, Dezembro/2019 - ISSN 1981-1179. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2256/0> Acesso em: 15 jun de 2021.

SKOPINSKI, Fabiane; RESENDE, Thaís de Lima. et al. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de

Janeiro, 2015; 18(1):95-105. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403839881010.pdf>. Acesso: 26 agos de 2021.

UCHÔA, Y.D.S., et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2016; Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n6/pt_1809-9823-rbgg-19-06-00939.pdf. Acesso em: 10/01/2021.

VINCENT, Caradec. Sexagenários e octogenários diante do envelhecimento do corpo. IN: **Corpo, Envelhecimento e Felicidade**. Org. Miriam Goldenberg. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

MORSE FALL SCALE COMO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA NO AMBIENTE HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

RAFAELLA FELIX SERAFIM VERAS

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, rafafsv@gmail.com;

RENATA MAIA DE MEDEIROS FALCÃO

Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, renata__maia@hotmail.com;

MAYARA MUNIZ PEIXOTO RODRIGUES

Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - PB, mayara_muniz_@hotmail.com;

JACIRA DOS SANTOS OLIVEIRA

Doutor em Enfermagem em Enfermagem Fundamental. Professora adjunta IV da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – PB, jacirasantosoliveira@gmail.com.

RESUMO

A identificação dos pacientes em risco de quedas é relevante para elaboração de um plano de cuidados com intervenções efetivas para prevenção do evento. Objetivou-se analisar a produção científica acerca da aplicabilidade da **Morse Fall Scale** como instrumento de avaliação de risco de quedas. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados CINAHL, LILACS, MEDLINE, SCOPUS e WOS a partir de artigos sobre a temática, publicados no período de 2011 a 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol que atendessem a questão norteadora do estudo: As produções científicas a nível nacional e internacional revelam a **Morse Fall Scale** como uma ferramenta eficaz para a avaliação do risco de quedas? Após análise dos estudos, 30 artigos foram incluídos. Os dados foram sintetizados em três categorias temáticas: Comparação entre as escalas que avaliam o risco de quedas no ambiente hospitalar; Validação da **Morse Fall Scale** em outras realidades hospitalares; Uso da escala de Morse para identificação do risco de quedas no ambiente hospitalar. Conclusão: constatou-se que a **Morse Fall Scale** é uma boa ferramenta para ser utilizada na população adulta e idosa, nos diversos cenários hospitalares a nível nacional e internacional. Entretanto, percebe-se que para obter resultados confiáveis, é necessário que a escala seja adaptada à realidade em que será aplicada.

Palavras-chave: Enfermagem, Idosos, Acidentes por Quedas, Hospitalização.

INTRODUÇÃO

As quedas são definidas como a descida repentina do corpo de um nível alto para um mais baixo, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto (COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2017). A ocorrência deste evento adverso é de origem multifatorial relacionado tanto a características individuais do paciente quanto a condições ambientais (MORSE, 2009).

Estudos realizados no contexto hospitalar identificaram relação estatística positiva para uso de dispositivos auxiliares, história de quedas, estar em pós-operatório, dificuldade na marcha, força diminuída nas extremidades, equilíbrio prejudicado, mobilidade física prejudicada, cenário pouco conhecido e material antiderrapante insuficiente no banheiro (AGUIAR *et al.*, 2019; XIMENES *et al.*, 2019).

Dados publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre incidentes relacionados à saúde identificou um total de 9.423 falhas durante a assistência, onde 3.600 (38,2%) eram atribuídas a quedas, sendo, portanto, a segunda causa de notificações de incidentes (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2016).

Em estudo longitudinal retrospectivo realizado com dados de um hospital brasileiro identificou ocorreram 2.296 quedas notificadas no período de 5 anos, com uma média de incidência de 1,70 quedas/1.000 pacientes-dia. Este mesmo estudo identificou que a incidência de quedas foi reduzida após o investimento em medidas preventivas como capacitação da equipe de enfermagem, sinalização dos pacientes em risco de quedas e aquisição de equipamentos e utensílios para prevenção de quedas, incluindo camas elétricas, barras de segurança nos banheiros, campainhas nos quartos da unidade de internação psiquiátrica e corrimão ao longo dos corredores (LUZIA *et al.*, 2018).

A identificação dos pacientes em risco de quedas é relevante para que o profissional que presta o cuidado possa identificar os fatores de risco associados e elaborar um plano de cuidados com intervenções efetivas para prevenção do evento e promoção da qualidade da assistência (AGUIAR *et al.*, 2019).

Existem ferramentas que avaliam o risco de queda nos pacientes durante sua internação e que fornecem aos profissionais de saúde

uma avaliação sistemática, possibilitando a escolha da estratégia a ser desenvolvida para prevenção, promoção e controle conforme o grau de risco que cada paciente apresenta. Ressalta-se a **Morse Fall Scale (MFS)**, traduzida e adaptada transcultural língua portuguesa por Urbanetto *et al.* (2013), constatando a sua grande viabilidade de aplicação na realidade brasileira. Esse instrumento traduzido possibilita uma avaliação mais qualificada e sistematizada da realidade das quedas em adultos e idosos nas instituições de saúde, permitindo o estabelecimento de estratégias para a redução desse evento durante hospitalização.

Tendo em vista a grande demanda de idosos hospitalizados e as implicações relacionadas às quedas que as internações prolongadas podem trazer à sua saúde, a presente revisão tem por objetivo nesse estudo analisar a produção científica nacional e internacional acerca da **MFS** como instrumento de avaliação de risco de quedas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada de julho a setembro de 2021. O procedimento foi seguindo as etapas: identificação do tema e da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de estudos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A questão norteadora do estudo foi: "As produções científicas a nível nacional e internacional revelam a **MFS** como uma ferramenta eficaz para a avaliação do risco de quedas"?

As bases de dados consultadas foram: **Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature** (CINAHL), **Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde** (LILACS), **Medical Literature Analysis and Retrieval System Online** (MEDLINE), Web of Science (WOS) e **Scopus Elsevier** (SCOPUS). Os descritores utilizados para busca dos artigos foram selecionados a partir de **Descritores em Ciências da Saúde** (DeCS) e **Medical Subject Headings (MeSH)** combinados de forma peculiar com os operadores booleanos em cada base de dados. Utilizou-se as seguintes chaves de busca: "**accidental falls**"

AND "risk assessment" AND "Morse Fall Scale" na CINAHL, MEDLINE e WOS, "acidentes por quedas" **AND "fatores de risco" AND "hospitalização"** na LILACS e "**accidental falls" AND "risk assessment" AND "hospitalization" AND "scales"** na SCOPUS.

Os critérios de inclusão determinados para compor a amostra do estudo foram: artigos que abordassem a temática, publicados no período de 2011 a 2021, nos idiomas inglês, português e espanhol e que atendessem a questão norteadora do estudo. Os critérios de exclusão foram: publicações não dispostas na forma de artigo científico e estudos repetidos nas bases de dados.

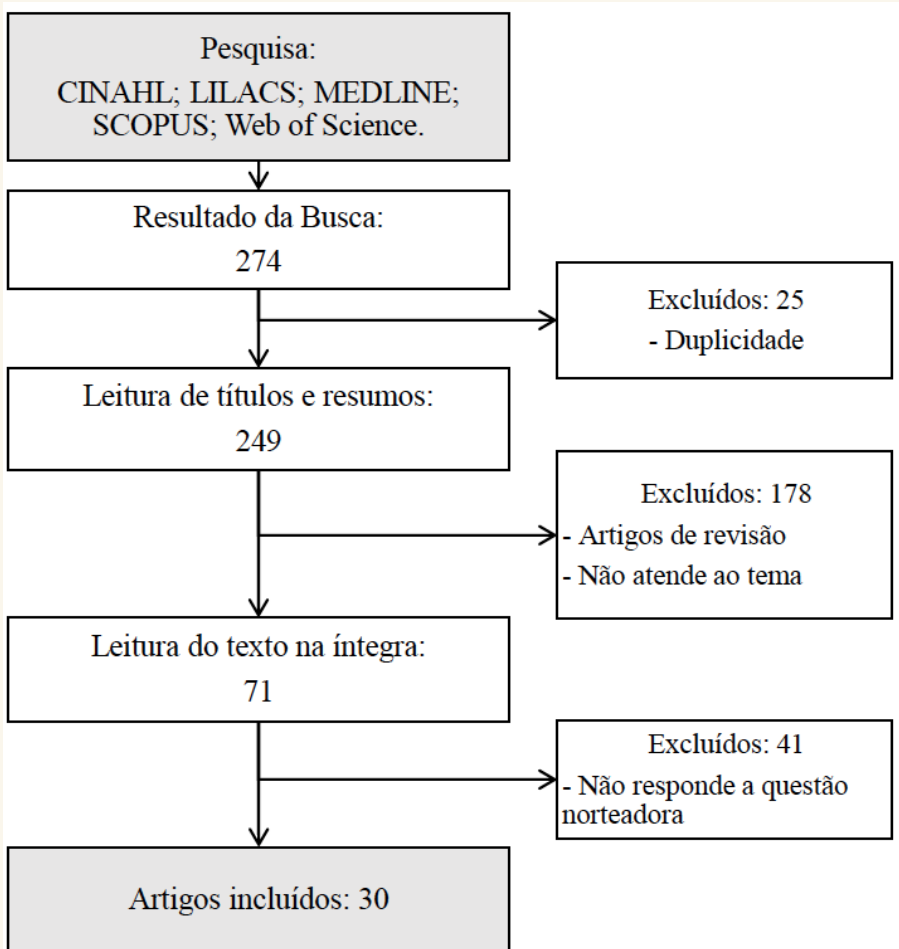
Os resultados das buscas foram exportados para o **Endnote** para detecção de duplicações e em seguida para o **Rayyan** a fim de prosseguir nas etapas de seleção dos estudos com auxílio do **software**.

Para melhor compreensão, os artigos foram distribuídos em três categorias, formuladas de acordo com a técnica de análise textual discursiva, que diz respeito a um determinado assunto, podendo ser representada por uma palavra, frase ou ideia (MORAES; GALIAZZI, 2011). Os resultados foram apresentados utilizando figura e quadro contendo informações que respondem à questão norteadora de pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca inicial utilizando os critérios de inclusão de período e idioma de publicação, foram identificadas 274 publicações com a seguinte distribuição: 77 provenientes da CINAHL, 34 da LILACS, 48 da MEDLINE, 104 da SCOPUS e 11 da WOS. Analisou-se 29 artigos, a Figura 01 apresenta a síntese dos resultados das buscas segundo as bases de dados consultadas, o número de artigos encontrados de acordo com a etapa de seleção da revisão.

Figura 01 – Fluxograma do processo de seleção e exclusão dos estudos no período entre os anos de 2011 e 2021.



Caracterização dos estudos

Quanto a distribuição da amostra ($n = 30$) por período de publicação, observou-se que houve maior incidência de publicações em 2014, com 7 artigos publicados (23,3%), seguido por 2017 com 5 publicações (16,6%). No que concerne ao país da pesquisa, destacaram-se Brasil, com 8 (26,6%), Estados Unidos da América com 7 (23,3%) e Coreia com 5 (16,6%) publicações.

Em relação à formação dos autores principais, observou-se que os artigos foram desenvolvidos em sua maioria por enfermeiros, 23

(76,7%) publicações, seguidos pelos médicos com 6 (20%) e terapeuta ocupacional com 1 (3,4%). Ao delineamento dos estudos selecionados, houve uma preponderância dos estudos de coorte 15 (53,6%).

Sobre o público alvo investigado nos artigos, a maioria eram adultos e idosos 24 (80%) publicações, seguidos apenas dos adultos 6 (20%).

No tocante aos periódicos de publicação, se constatou uma intensa variação, destacando-se o *Journal Clinical Nursing* com 3 (10%) publicações seguida pela Revista de Enfermagem Referência e *Clinical Journal of Oncology Nursing* com 2 (9,1%) publicações, cada.

Categorização das publicações

Ao analisar os resultados do corpus literário, considerando os objetivos dos estudos, os dados foram sintetizados em três categorias temáticas (Quadro 01): Uso da escala de Morse para identificação do risco de quedas no ambiente hospitalar; Comparação entre as escalas que avaliam o risco de quedas no ambiente hospitalar; Validação da *Morse Fall Scale* em outras realidades hospitalares.

Quadro 01 – Distribuição dos estudos incluídos na Categoria Temática 01: Uso da escala de *MFS* na identificação do risco de quedas no ambiente hospitalar (n = 15; 50%) de acordo com o objetivo da pesquisa.

Identificação do estudo	Objetivo
HEALEY; HAINES (2013)	Avaliar os valores preditivos da <i>MFS</i> em um hospital geral de agudos.
COSTA-DIAS <i>et al.</i> (2014)	Analisar o ponto de corte da escala que melhor distingue pessoas com e sem risco de queda em regime de internação hospitalar.
REMOR; CRUZ; URBANETTO (2014)	Analisar os fatores de risco para quedas nas primeiras 48 horas de internação e associá-los à ocorrência de quedas.
SUNG <i>et al.</i> (2014)	Determinar os valores de corte da versão coreana da <i>MFS</i> (<i>MFS-K</i>) que seriam mais úteis na identificação do risco de quedas em um ambiente de tratamento intensivo.
AL TEHEWY; AMIN; NASSAR (2015)	Identificar diferentes preditores e características de quedas.
SARDO <i>et al.</i> (2016)	Analisar os escores da <i>MFS</i> de pacientes portugueses adultos hospitalizados em associação com as suas características, diagnósticos e tempo de internamento.
CARAZO <i>et al.</i> (2017)	Explorar a utilidade prognóstica da <i>MFS</i> em pessoas idosas hospitalizadas com insuficiência cardíaca.
DEE <i>et al.</i> (2017)	Identificar os fatores de risco relacionados às quedas em receptores de transplante autólogo de células-tronco e avaliar o valor preditivo da <i>MFS</i> ,

Identificação do estudo	Objetivo
FALCÃO <i>et al.</i> (2017)	Avaliar o risco de quedas em idosos hospitalizados
GRINGAUZ <i>et al.</i> (2017)	Verificar se alguns fatores de risco poderiam estratificar ainda mais o risco de quedas entre pacientes hospitalizados de acordo com a MFS modificada.
PASA <i>et al.</i> (2017)	Avaliar o risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados e verificar a incidência do evento neste ambiente.
SARGES; SANTOS; CHAVES (2017)	Avaliar a segurança de idosos hospitalizados quanto ao risco de quedas segundo os parâmetros da MFS .
ROSA <i>et al.</i> (2019)	Identificar o risco de quedas nos pacientes em observação em um serviço de emergência por meio da MFS .
JEWELL <i>et al.</i> (2020)	Determinar a adequação das previsões de queda de paciente em um período de quatro meses avaliadas pela MFS .
LEE <i>et al.</i> (2021)	Determinar as medidas clínicas que podem prever o risco de eventos de queda em um hospital de reabilitação.

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Categoria Temática 01, 15 (50%) publicações abordaram a classificação do risco de quedas por meio da **MFS**.

Pesquisa do tipo coorte prospectivo, realizada com pacientes adultos hospitalizados na região Sul do Brasil, buscou analisar os fatores de risco para quedas nas primeiras 48 horas de hospitalização e associá-los com a ocorrência de quedas. Observou-se classificação de risco elevado pela **MFS**, e, especificamente, os itens história de quedas, necessidade de auxílio na deambulação, marcha comprometida/cambaleante e superestimar capacidade para deambulação estavam associados com as quedas durante a hospitalização (REMOR; CRUZ; URBANETTO, 2014).

Outro estudo de coorte utilizou a **MFS** para avaliar o risco para quedas de pacientes adultos hospitalizados e verificar a incidência do evento nas Clínicas Cirúrgica e Médica de um hospital universitário. Constatou-se que o maior percentual dos pacientes hospitalizados estava classificado com risco elevado para quedas pelo uso da escala. A taxa de incidência de quedas foi de 1,68%, onde se verificou que o maior percentual dos pacientes que caíram estavam inseridos na categoria risco elevado para quedas (PASA *et al.*, 2017).

Em Portugal, pesquisa desenvolvida com a base de dados de registros de saúde eletrônicos de 8356 adultos admitidos no serviço hospitalar, especificamente na clínica médica e áreas cirúrgicas, investigou os escores **MFS** em associação com as características, diagnósticos e duração da permanência desses pacientes. Verificou-se

que mais de metade dos pacientes hospitalizados apresentaram risco "médio" para "alto" de queda durante o período de permanência. O diagnóstico de ICD-9 também foi visto como um fator de risco importante, onde os pacientes com "traumatismos / fraturas", "infecções", "respiratório" ou "vascular" apresentaram maiores valores na **MFS** (SARDO *et al.*, 2016).

Esses dados corroboram com outro estudo realizado também em Portugal, em que se determinou que a **MFS** é um bom instrumento para identificar pacientes com alto risco de quedas em ambientes hospitalares, particularmente nas enfermarias médicas e cirúrgicas, a longo prazo e em cuidados paliativos, onde o ponto de corte de 45 pontos foi considerado o melhor valor para a população estudada (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Diante do exposto, os estudos analisados corroboram a possibilidade de a **MFS** ser utilizada na avaliação de risco para quedas, a fim de identificar fatores que contribuem para a ocorrência deste incidente no ambiente hospitalar, uma vez que avalia diferentes itens. Contudo, é importante a preparação de todos os profissionais de saúde quanto à sua aplicação para impossibilitar interpretações errôneas que possam comprometer a classificação do risco.

Quadro 02 – Distribuição dos estudos incluídos na Categoria Temática 02: Comparação entre a **MFS** e outras escalas que avaliam o risco de quedas no ambiente hospitalar (n = 10; 33,3%) de acordo com o objetivo da pesquisa.

Identificação do estudo	Objetivo
KIM <i>et al.</i> (2011)	Comparar a validade da MFS , Bobath Memorial Hospital Fall Risk Assessment Scale (BMFRAS) e a Johns Hopkins Hospital Fall Risk Assessment Tool (JHFRAT).
FORREST <i>et al.</i> (2013)	Determinar se a Functional Independence Measure (FIM) é tão útil quanto a MFS para determinar avaliar o risco de quedas em pessoas hospitalizadas em uma unidade de reabilitação hospitalar.
NASSAR; HELOU; MADI (2014)	Avaliar o valor preditivo para quedas da MFS e da Hendrich Fall Risk Model-II (HFRM-II).
THOMAS <i>et al.</i> (2016)	Compara a eficácia da MFS e da Casa Colina Fall Risk Assessment Scale para identificar pacientes em risco de quedas.
WEED-PFAFF <i>et al.</i> (2016)	Determinar se a Cleveland Clinic Capone-Albert Fall Risk Score apresenta desempenho superior ao MFS .
BARAN; GUNES (2018)	Comparar as propriedades psicométricas da Fall Risk Assessment (FRA), MFS e HFRM-II.
WONG <i>et al.</i> (2019)	Comparar a MFS e a Wilson Sims Fall Risk Assessment Tool (WSFRAT) em pacientes psicogeriatrico.

Identificação do estudo	Objetivo
CHO <i>et al.</i> , (2020)	Identificar a melhor ferramenta de avaliação de risco de queda, entre a MFS , a JHFRAT e a HFRM-II.
GLASS; MENDELSON; BEN NATAN (2020)	Comparar a capacidade da MFS e da <i>Farmer's fall- risk assessment tool</i> (FFAT).
MATHEW <i>et al.</i> (2020)	Avaliar a percepção de enfermeiros psiquiátricos sobre a MFS e a <i>Edmonson Psychiatric Falls Risk Assessment Tool</i> (EPFRAT).

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Categoria Temática 02 foram incluídos 10 (33,3%) artigos distribuídos em todas as bases de dados. Observou-se que os artigos abordavam a comparação entre diferentes escalas utilizadas para avaliar o risco de queda no ambiente hospitalar.

A avaliação do risco de queda é realizada por meio de escalas de avaliação de risco, ou seja, ferramentas que atribuem valores numéricos a determinados fatores de risco, geralmente somados de forma a predizerem uma classificação, ou seja, se o indivíduo tem um baixo, médio ou alto risco de quedas (MORSE, 2009).

Existem ferramentas que avaliam o risco que os pacientes têm de cair durante sua hospitalização e que fornecem aos profissionais de saúde uma avaliação sistemática, possibilitando a escolha da estratégia a ser implementada para prevenção desse evento, conforme o grau de risco que cada paciente apresentar.

A **MFS** consiste em seis itens que refletem os fatores de risco de queda, tendo sido demonstrada entre avaliadores com alta confiabilidade ($r = 0,96$), sensibilidade de 78% e especificidade de 83% (MORSE, 2009; MORSE; MORSE; TYLKO, 1989). Em um estudo realizado com adultos de um hospital da zona da grande Lisboa, efetuou-se uma análise retrospectiva da sensibilidade e especificidade da **MFS** em doentes internados, verificando que a **MFS** tem uma capacidade moderada de prever o risco de queda, na tipologia dos internamentos estudados (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Entretanto, outros estudos incluídos nessa categoria mostram que quando comparada com as demais escalas referidas acima, a **MFS** não se apresenta como a melhor opção na medição do risco de queda. Em um comparativo, entre a **MFS** e a HFRM, realizado com 1815 pacientes internados em um hospital no Líbano constatou que a HFRM foi mais sensível na previsão de quedas, ou seja, possui uma

maior capacidade para identificar pacientes com alto risco de sofrer esse episódio (NASSAR; HELOU; MADI, 2014).

Em relação ao comparativo da **MFS** com a FIM, estudo revela que a FIM é melhor preditor para avaliar o risco de quedas mesmo não sendo uma escala direcionada para essa finalidade. Contudo, essa escala avalia as habilidades que medem transferências, caminhadas, uso seguro das instalações do banheiro, cognição e comunicação, ações de paciente que estão associados ao risco de quedas (FORREST *et al.* 2013).

Em comparação entre as escalas **MFS**, STRATIFY e HFRM, constatou-se por meio de uma meta-análise realizada com pacientes agudos hospitalizados que a STRATIFY mostrou-se ser a melhor ferramenta a avaliar o risco de quedas, seguidos da **MFS** e da HFRM, respectivamente (ARANDA- GALLARDO *et al.* 2013).

Embora seja uma ferramenta muito utilizada para avaliar o risco de quedas no ambiente hospitalar, percebeu-se que em comparação com outras escalas, o uso da **MFS** não é unânime. Destarte, é primordial que as instituições de saúde reconheçam quais os instrumentos disponíveis, e devidamente validados, que proporcionem uma correta avaliação do risco de quedas, como parte do desenvolvimento de um programa de prevenção de quedas em contexto hospitalar.

Quadro 03 – Distribuição dos estudos incluídos na Categoria Temática 03:

Validação da **MFS** em outras realidades hospitalares (n = 05; 16,7%) de acordo com o objetivo da pesquisa.

Identificação do estudo	Objetivo
URBANETTO <i>et al.</i> (2013)	Traduzir e adaptar a MFS da língua inglesa para a portuguesa.
BAEK <i>et al.</i> (2014)	Verificar a validade da MFS por meio da análise dos prontuários eletrônicos sobre risco de queda nas diferentes fases da internação.
COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA (2014)	Avaliar o grau de reprodutibilidade da MFS em ambientes hospitalares e examinar sua validade.
TANG <i>et al.</i> (2014)	Determinar a confiabilidade entre avaliadores da MFS modificada.
URBANETTO <i>et al.</i> (2016)	Analisar o poder de predição de risco e verificar a validade da versão brasileira da MFS .

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Na Categoria temática 03, foram abordados 5 (16,7%) artigos que validaram a **MFS** em diferentes cenários e contextos hospitalares.

Para a aplicação dessa ferramenta em outros contextos, é necessária sua adequação, visto que, os pacientes de outros países podem ter características diferentes ou até mesmo uma única organização, porém em clínicas diferentes. O esclarecimento atribuído para cada item sobre a forma como deve ser entendida e interpretada à escala é fundamental para que todos possam utilizá-la do mesmo modo (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014). Por isso, nessa categoria, estão agrupados estudos que validam essa escala que avaliaram o risco de queda de uma forma mais segura e ajustada à realidade em que se encontram a exemplo dos diferentes pontos de cortes estudados.

No Brasil, a **MFS** foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Urbanetto *et al.* (2013) onde identificou-se a grande viabilidade de aplicação da mesma na realidade brasileira. Na avaliação quanto a clareza e aplicabilidade a escala apresentou desempenho adequado na avaliação dos juízes.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado em hospitais de Lisboa, onde se constatou que a versão portuguesa da **MFS** é semanticamente equivalente à versão original, conduzindo a bons níveis de confiabilidade e a níveis aceitáveis de validade. Como resultado do processo de validação, uma versão que foi semanticamente e culturalmente equivalente ao original foi criada, sendo usada e divulgada, especialmente para adultos em geral, com potencial para ser aplicado na maioria das organizações hospitalares portuguesas (COSTA-DIAS; FERREIRA; OLIVEIRA, 2014).

Para a população Coreana, a **MFS** foi testada em um hospital de cuidados intensivos, com vistas a determinar um ponto de corte ideal para avaliar o risco de quedas, comparando os pacientes que caíram com os que não caíram. Quando a pontuação de corte da **MFS-K** foi 45 pontos, 48,5% do grupo de pacientes que sofreram queda e 22,2% do paciente grupo sem queda foram classificados com risco de queda na admissão. Estas percentagens mudaram para 30,3% e 11,1%, respectivamente quando a pontuação de corte foi ajustada em 55 pontos. Diante disso, concluíram que o ponto de corte da escala de Morse para identificar os pacientes com risco de queda deve ser submetido a validação local para determinar uma melhor pontuação antes de ser usada clinicamente (SUNG *et al.*, 2014).

Outro estudo foi realizado também com pacientes coreanos, porém considerou-se a seguinte classificação: pontuações de 0-24 foram classificadas como sem risco, 25-50 como baixo risco e 51-125 como de alto risco. Os resultados forneceram evidências de que a **MFS** era a ferramenta apropriada de avaliação de risco de queda para população coreana, porém considerando o melhor ponto de corte 51 (BAEK *et al.*, 2014).

Com base nos estudos analisados, compreende-se que a **MFS** é uma boa ferramenta para avaliar o risco de quedas no ambiente hospitalar. Todavia, a escala adaptada a realidade que será aplicada permite aos profissionais de saúde identificar de forma mais eficaz aqueles em maior risco em um cenário clínico específico. Conseqüentemente, os pacientes classificados como de alto risco com base nos escores **MFS** devem ser monitorados e colocados sob intervenções dos profissionais de enfermagem envolvidos no processo do cuidar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As produções científicas nacionais e internacionais que computaram a amostra sobre a utilização da Escala de Morse para avaliar o risco de quedas no ambiente hospitalar foram distribuídas em três categorias temáticas (Comparação entre as escalas que avaliam o risco de quedas no ambiente hospitalar; Validação da Escala de Morse em outras realidades hospitalares; Uso da escala da Escala de Morse para identificação do risco de quedas no ambiente hospitalar), com base nos objetivos dos estudos selecionados.

Dentre as escalas identificadas nos estudos, constatou-se que a **MFS** é uma boa ferramenta para ser utilizada na população adulta e idosa, nos diversos cenários hospitalares a nível nacional e internacional. Entretanto, percebe-se que para obter resultados confiáveis, é necessário que a escala seja adaptada à realidade em que será aplicada.

Espera-se que os resultados dessa investigação aprimorem o conhecimento acerca das questões relacionadas a queda no ambiente hospitalar, bem como para a prática clínica dos profissionais envolvidos no processo do cuidar, reforçando a importância da utilização de um instrumento na identificação dos pacientes adultos e idosos em

risco de quedas. Com isso, haverá melhora na qualidade da formação dos profissionais de saúde, bem como no nível de evidência para a assistência prestada a esses pacientes, para que possam implementar estratégias de prevenção eficaz.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde – Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde - 2015. Brasília (DF); 2016. 30 p.

AGUIAR, J. R. *et al.* Fatores de risco associados à queda em pacientes internados na clínica médica-cirúrgica. **Acta Paulista de Enfermagem.** 2019, v. 32, n. 6, p. 617-623.

AL TEHEWY, M. M. AMIN, G. E.; NASSAR, N. W. A study of rate and predictors of fall among elderly patients in a university hospital. **Journal of patient safety,** v. 11, n. 4, p. 210-214, 2015.

ARANDA-GALLARDO, M. *et al.* Instruments for assessing the risk of falls in acute hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. **BMC Health Services Research.** v. 1, p. 122, 2013.

BAEK, S. *et al.* Validity of the Morse Fall Scale implemented in an electronic medical record system. **Journal of clinical nursing,** v. 23, n. 17-18, p. 2434-2441, 2014.

BARAN, L. Predictive validity of three fall risk assessment tools in nursing home residents in Turkey: A comparison of the psychometric properties. **International Journal of Caring Sciences,** v. 11, n. 1, p. 36-44, 2018.

CARAZO, M. *et al.* Prognostic utility of the Braden scale and the Morse fall scale in hospitalized patients with heart failure. **Western journal of nursing research,** v. 39, n. 4, p. 507-523, 2017.

CHO, E. H. *et al.* Comparison of the predictive validity of three fall risk assessment tools and analysis of fall-risk factors at a tertiary teaching hospital. **Journal of clinical nursing,** v. 29, n. 17-18, p. 3482-3493, 2020.

COSTA-DIAS, M. MARTINS, T. ARAÚJO, F. Study of the cut-off point of the Morse Fall Scale (*MFS*). **Revista De Enfermagem Referência,** v. 4, n. 1, p. 63-72, 2014.

COSTA-DIAS, M. J. M. FERREIRA, P. L. OLIVEIRA, A. S. Cultural and linguistic adaptation and validation of the Morse Fall Scale. **Revista de Enfermagem Referência,** v. 4, n. 2, 2014.

DEE, V. *et al.* Autologous stem cell transplantation: the predictive value of the Morse Fall Scale in hospitalized patients. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 21, n. 5, p. 599, 2017.

COMITÊ INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. CIPE, Versão 2017: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. 2017.

FALCÃO, R. M. M. *et al.* Risk of falls in hospitalized elderly people. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 40, 2019.

FORREST, G. P. *et al.* A comparison of the Functional Independence Measure and Morse Fall Scale as tools to assess risk of fall on an inpatient rehabilitation. **Rehabil Nurs**. v. 38, n. 4, p. 186 – 192, 2013.

GLASS, A. MENDELSON, G. NATAN, M. B. Comparison of two fall-risk assessment tools used in a long-term care facility. **International journal of health care quality assurance**, 2020.

GRINGAUZ, I. *et al.* Risk of falling among hospitalized patients with high modified Morse scores could be further Stratified. **BMC health services research**, v. 17, n. 1, p. 1-7, 2017.

HEALEY, F. HAINES, T. P. A pragmatic study of the predictive values of the Morse falls score. **Age and ageing**, v. 42, n. 4, p. 462-468, 2013.

JEWELL, V. D. *et al.* Prediction of falls in acute care using the Morse Fall Risk Scale. **Occupational therapy in health care**, v. 34, n. 4, p. 307-319, 2020.

KIM, K. S. *et al.* A comparative study on the validity of fall risk assessment scales in Korean hospitals. **Asian Nursing Research**, v. 5, n. 1, p. 28-37, 2011.

LEE, K. B. *et al.* An analysis of fall incidence rate and risk factors in an inpatient rehabilitation unit: A retrospective study. **Topics in stroke rehabilitation**, v. 28, n. 2, p. 81-87, 2021.

LUZIA, M. F. *et al.* Incidência de quedas e ações preventivas em um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 52, 2018.

MATHEW, L. *et al.* Making fall risk assessment clinically relevant in an adult psychiatric setting. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**, v. 58, n. 2, p. 21-26, 2020.

MENDES, K. D. S. SILVEIRA, R. C. C. P. GALVÃO, C. M. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence In health care and nursing. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 4, p. 758 – 764, 2008.

MORAES, R. GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva.** 2ed. Rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2011.

MORSE, J. M. **Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program** (2 ed.). New York, NY: Springer, 2009.

MORSE, J. M. MORSE, R. M. TYLKO, S. J. Development of a scale to identify the fall-prone patients. **Canadian Journal on Aging**, v. 8, p. 366 – 377, 1989.

NASSAR, N. HELOU, N. MADI, C. Predicting falls using two instruments (the Hendrich Fall Risk Model and the Morse Fall Scale) in an acute care setting in Lebanon. **Journal of clinical nursing**, v. 23, n. 11-12, p. 1620-1629, 2014.

PASA, T. S. *et al.* Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 25, 2017.

REMOR, C. P. CRUZ, C. B. URBANETTO, J. S. Analysis of fall risk factors in adults within the first 48 hours of hospitalization. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 35, p. 28-34, 2014.

ROSA, P. H. *et al.* Avaliação do risco de quedas de pacientes em serviço de emergência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, 2019.

SARDO, P. M. G. *et al.* Fall risk assessment: retrospective analysis of Morse Fall Scale scores in Portuguese hospitalized adult patients. **Applied Nursing Research**, v. 31, p. 34-40, 2016.

SARGES, N. A. SANTOS, M. I. P. O. CHAVES, E. C. Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 860-867, 2017.

SUNG, Y. H. *et al.* Evaluation of falls by inpatients in an acute care hospital in Korea using the Morse Fall Scale. **International journal of nursing practice**, v. 20, n. 5, p. 510-517, 2014.

TANG, W. S. CHOW, Y. L.; LIN, S. K. S. The inter-rater reliability test of the modified Morse Fall Scale among patients ≥ 55 years old in an acute care hospital in Singapore. **International journal of nursing practice**, v. 20, n. 1, p. 32-38, 2014.

THOMAS, D. *et al.* Validation of fall risk assessment specific to the inpatient rehabilitation facility setting. **Rehabilitation nursing**, v. 41, n. 5, p. 253-259, 2016.

URBANETTO, J. S. *et al.* Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 569-575, 2013.

URBANETTO, J. S. *et al.* Analysis of risk prediction capability and validity of Morse Fall Scale Brazilian version. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 37, 2017.

WEED-PFAFF, S. H. *et al.* Validation of Predictors of Fall Events in Hospitalized Patients With Cancer. **Clinical journal of oncology nursing**, v. 20, n. 5, 2016.

WONG, M. M. C. PANG, P. F. Factors associated with falls in psychogeriatric inpatients and comparison of two fall risk assessment tools. **East Asian Archives of Psychiatry**, v. 29, n. 1, p. 10-14, 2019.

XIMENES, M. A. M. *MFS.* Risco de queda de pacientes hospitalizados: fatores de risco e atuações de enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.

FISIOTERAPIA JUNTO AOS **PACIENTES** **COM COVID-19** NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - RELATO DE EXPERIÊNCIA

FELLÍCIA FERREIRA DA MOTA

Mestranda do curso de Pós Graduação Stricto-Senso em Fisioterapia (PPGFIS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: felliciafm@gmail.com;

RESUMO

Introdução: Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) nomeou a doença causada pelo SARS-CoV-2 de Covid-19. Estima-se que 80% dos pacientes contaminados pela COVID-19 não precisem de internação e dos 20% hospitalizados, 15% vão necessitar de assistência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Objetivo:** Descrever a assistência fisioterapêutica ao paciente com COVID-19 na UTI. **Metodologia:** Texto descritivo, transversal, com intuito de explicar sobre a assistência fisioterapêutica realizada no período de 22 de março a 30 junho de 2020 com pacientes críticos contaminados pelo vírus Sars-Cov-2, durante a intubação orotraqueal. **Resultados:** A vivência neste contexto diferenciado, apontou que a fisioterapia se mostra essencial no manejo do paciente crítico contaminado pela COVID-19, no processo de oferecer o suporte ventilatório adequado, associado às manobras respiratórias, posicionamento terapêutico com destaque para a pronação do paciente, bem como a participação durante a intubação orotraqueal. **Conclusão:** Fica explicitado que a fisioterapia deve desempenhar o manejo diferenciado junto ao paciente crítico com COVID-19 em decorrência de todas as repercussões sistêmicas que esta doença gera no indivíduo.

Palavras-chave: Fisioterapia, COVID-19, Terapia Intensiva.

1. INTRODUÇÃO

Ao final do ano de 2019, um novo coronavírus foi apontado como possível causador de pneumonias na cidade de Wuhan, Província de Hubei na China, resultando inicialmente em uma epidemia neste país, mas espalhou-se rapidamente para outros países ao redor do mundo (MCINTOSH; HIRSCH, BLOOM, 2020).

Este novo vírus nomeado como Sars-CoV-2 tem impactado os sistemas de saúde de todo o mundo e demandando ações governamentais urgentes para conter a disseminação da doença e o número de mortes. Pessoas portadoras de comorbidades estão mais suscetíveis a desenvolverem a forma grave da doença, o que implica nestes casos a necessidade de assistência especializada em saúde (KANDEL, CHUNGONG, OMAAR, XING, 2020).

Em torno de 80% dos pacientes contaminados pelo vírus Sars-Cov-2 que ocasiona a infecção chamada COVID-19 não precisam de internação e dos 20% hospitalizados, 15% vão precisar de acesso a um leito de terapia intensiva. Na média, o tempo de permanência de um paciente em uma UTI no hospital público é em torno de 6,5 dias. Porém na COVID-19, este período pode ser estendido de 14 a 21 dias de modo geral (AMIB, 2020).

Indivíduos hospitalizados com COVID-19 permanecem por longo período em redução de mobilidade articular, estagnação postural por conta da própria restrição que o ambiente requer, em uso de drogas sedativas, bloqueadores neuromusculares, vasoativas que repercutem de forma sistêmica em todo seu organismo (BHATRAJU *et al*, 2020).

Na hospitalização de modo geral, o declínio funcional pode acometer cerca de 34 a 50% dos pacientes e ainda não se sabe ao certo, até onde os comprometimentos são secundários apenas ao processo de hospitalização ou influenciado por fatores como gravidade da doença, presença de comorbidades, estado nutricional, terapêutica empregada e ambiente não responsivo (COSTA *et al*, 2014).

Thomas *et al* (2020), consideram que o trabalho multiprofissional junto ao paciente com COVID-19 é fundamental, dentre eles, o fisioterapeuta desempenha papel relevante no sentido de ofertar suporte ventilatório, mudanças posturais, manutenção da funcionalidade

muscular, estimulação precoce adequada, tanto no ambiente de terapia intensiva, quanto em leitos de enfermarias.

Guan *et al*, (2020) relatam que a doença inicia sua manifestação no organismo como um tipo de gripe podendo evoluir com infecção do trato respiratório e febre (89%), tosse (68%), fadiga (38%), falta de ar (19%). Ao passo que 80% dos casos podem ser assintomáticos, 15% moderados a graves e 5% composto por pacientes críticos que irão necessitar de suporte à vida e ventilação (WHO, 2020).

A SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo), referida pelos pacientes que manifestam a forma grave, causa uma série de alterações na relação entre a ventilação e a perfusão do indivíduo, gerando hipoxemia com conseqüente dispneia grave levando a insuficiência respiratória, intubação e suporte ventilatório não invasivo ou invasivo (LAZZERI *et al*, 2020).

Assim, a fisioterapia na Unidade de Terapia Intensa (UTI) deve desempenhar assistência diferenciada junto ao paciente contaminado pela COVID-19 em decorrência de todas as repercussões que este agravo gera no o organismo humano.

2. METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência referente à assistência fisioterapêutica realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto de um hospital universitário. Composto texto descritivo com intuito de explicar sobre a abordagem e assistência fisioterapêutica realizada no período de 22 de março a 30 junho de 2020 com pacientes críticos contaminados pelo vírus Sars-Cov-2.

Este estudo não exige submissão em comitê de ética (Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, artigo I: inciso VII - pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito).

Por fim, reflete única e exclusivamente a vivência de uma profissional em fisioterapia em relação ao enfrentamento da doença COVID-19, sobre as condutas e procedimentos vivenciados, sem expor em qualquer momento, pacientes, profissionais de saúde e instituição, por outro lado busca a reflexão sobre a complexidade que envolve a abordagem

do paciente crítico com COVID-19, destacando pontos relacionados à assistência, paramentação e desparamentação, capacitação e manejo terapêutico.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A COVID 19 tem alto poder de contágio, é o sétimo coronavírus conhecido que pode infectar o ser humano. Na primeira semana de outubro de 2020, já constavam cerca de 34 milhões de pessoas infectadas ao redor do mundo e mais de 1 milhão de óbitos (WHO, 2020).

Como relatam Ong *et al.* (2020), a sobrecarga para os sistemas de saúde e seus colaboradores é inevitável, uma vez que os pacientes acometidos pelo Sars-CoV-2, na forma grave, requerem cuidados altamente especializados e de grande complexidade (períodos de internação considerados de médios a longos, podendo chegar a 21 dias) sobretudo nos ambientes de Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Dessa forma, a instituição iniciou então, aos meados de março de 2020 a capacitação de toda a equipe da UTI adulto para que houvesse melhor organização e preparação para receber os pacientes críticos contaminados pela COVID-19.

3.1 Fluxo, paramentação e desparamentação

Por se tratar de uma doença altamente contagiosa, houve a criação do fluxo de entrada e saída de pacientes e profissionais de saúde, os espaços foram organizados de modo a evitar a contaminação de locais "limpos" com o referido vírus, bem como a proteção da própria equipe.

Os EPIs utilizados para a assistência ao paciente foram: álcool a 70%, luva de procedimento, gorro, capote ou macacão e protetor facial e as máscaras N95 foram disponibilizadas de forma ordenada pelas respectivas coordenações para cada profissional, de modo que houvesse o seu uso racional por se tratar de equipamento em escassez em todo o mundo.

Foi definido o seguinte passo a passo para a paramentação:

1. Lavagem completa das mãos conforme recomendação do Ministério da Saúde;

2. Troca da vestimenta pessoal para a roupa/ pijama privativo da UTI;
3. Troca do calçado de entrada na instituição para o calçado próprio para UTI (impermeável e guardado em caixa plástica vedada);
4. Lavagem completa das mãos conforme recomendação do Ministério da Saúde;
5. Colocação do primeiro par de luvas de procedimento, fixando no antebraço com fita crepe;
6. Colocação da máscara N95, fixando as tiras ou o elástico no meio da cabeça e no pescoço. A máscara deve ser ajustada de modo que cubra o rosto e abaixo do queixo; ajustar a tira flexível para a ponta do nariz e verificar a vedação da máscara;
7. Vestimenta do avental ou macacão de proteção;
8. Colocação do gorro de modo a cobrir todo o cabelo e as orelhas;
9. Colocação dos óculos ou capacete de proteção facial;
10. Colocação do segundo par de luvas;

Estando adequadamente paramentado, adentra-se para a UTI para a passagem de plantão com o colega fisioterapeuta.

Para a saída da UTI, existia a delimitação do espaço para a retirada do capote ou macacão (de acordo a capacitação realizada) juntamente com a retirada do segundo par de luvas (externo). Em seguida, prosseguia com a higienização do primeiro par de luvas com álcool a 70%, e retirava-se o protetor facial tocando somente pela parte posterior.

Seguia-se com a limpeza do protetor facial com detergente hospitalar em água corrente; secando o mesmo com papel toalha. Posteriormente, aplica-se com borrifador o desinfetante hospitalar (*incidim*), secando o protetor facial com gaze.

Após esta etapa, o protetor facial é colocado dentro de um saco plástico (embalagem) e depositado em uma bancada (espaço limpo).

Assim, repetiu-se novamente a higienização do primeiro par de luva com álcool a 70%, para a retirada do gorro; higienização do primeiro par de luva com álcool a 70% para a retirada da máscara tocando-a somente pelos elásticos.

Em seguida, higienizava-se as mãos com álcool a 70% ainda com o primeiro par de luvas; aplicava desinfetante hospitalar nos sapatos e realizava a secagem com uso de papel toalha.

Assim, prosseguia a lavagem das mãos (até os cotovelos) com detergente hospitalar, secagem com papel toalha; higienização das mãos (até os cotovelos) com álcool a 70%.

Neste momento, direcionava para o banho utilizando sabonete em todo o corpo (inclusive nos cabelos), lavagem dos cabelos com aplicação de shampoo e condicionador, lavagem dos olhos e vias aéreas superiores com soro fisiológico e escovação dos dentes.

Por fim, vestia-se a nova roupa/ pijama privativo da UTI, acessava a escada para novamente subir ao segundo andar, percorrer até o final do mesmo e descer para o primeiro andar. Caso fosse retornar para o setor realizava-se a paramentação inicial, caso não fosse retornar para o setor (término do plantão), vestia-se as roupas particulares e retornava para o segundo andar, descer as escadas e sair da instituição.

Ficou determinado, ainda, que para todos os profissionais de saúde, o uso obrigatório de máscara, e a proibição de tipo de adorno para acesso a qualquer área da instituição.

Em se tratando da assistência em ambiente de terapia intensiva, foram adotados Procedimentos Operacionais Padrão (POP), não havendo espaço para condutas subjetivas e decisões individuais. Todos os procedimentos e condutas foram decididos e discutidos de maneira coletiva com toda a equipe, seguindo os protocolos adotados pela instituição.

No procedimento de intubação orotraqueal todos os profissionais de saúde da UTI adulto, utilizaram obrigatoriamente: máscara PFF2 (N 95), avental descartável de manga longa e punho (estrutura impermeável e gramatura ≥ 50 gm², gorro, luvas de procedimento (dois pares, conforme paramentação), óculos de proteção ou protetor facial (**Face Shield**).

Durante a assistência ao paciente, permanecer por longo período com a paramentação foi um enorme desafio, devido à necessidade de ficar no mínimo 6 horas dentro do setor de terapia intensiva por conta da escassez de EPI vivenciada em todo o mundo, o seu uso se tornou racional de modo a evitar qualquer tipo de desperdício ou mau uso.

A pressão do protetor facial e da máscara N95 sobre a pele do rosto gerou bastante desconforto, visto que este tipo de EPI deveria ficar bem aderido para evitar qualquer possibilidade de contaminação, o que acaba gerando uma pressão maior neste local.

Na verdade, não somente o tempo de permanência, mas, sobretudo, o fato de não poder cometer nenhum tipo de erro como, por exemplo: tocar na máscara ou na roupa; o cuidado na troca de capote após o atendimento de cada paciente; além do receio de se contaminar de alguma maneira.

Além de toda a paramentação descrita, para o atendimento a beira leito colocava-se o capote impermeável; ao término, procedia-se ao seu descarte e o descarte do segundo par de luvas. Realiza-se então, a higienização das mãos (sempre com o primeiro par de luvas) e calça-se, novamente, o segundo par de luvas e o novo capote descartável para o novo atendimento.

3.3 Admissão do paciente

A SDRA (Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo), referida por praticamente grande parte dos pacientes que manifestam a forma grave da COVID-19, gera hipoxemia com conseqüente dispnéia grave levando a insuficiência respiratória, intubação e suporte ventilatório não invasivo ou invasivo (LAZZERI *et al*, 2020).

A tomografia computadorizada (TC) tem sido um dos exames considerados padrão ouro para o diagnóstico diferenciado, detectando opacidade em vidro fosco, nódulos e reticulações com espessamento septal interlobular, padrão de pavimentação, opacidades lineares, espessamento da parede brônquica, aumento de linfonodos, derrame pleural e derrame pericárdico (LI *et al*, 2020).

Na experiência vivenciada, a admissão do paciente foi acompanhada da tomografia computadorizada com padrão de vidro fosco (na maior parte dos pacientes), sinais e sintomas como febre, falta de ar, tosse, desconforto respiratório, comorbidades associadas e coleta de gasometria arterial. Praticamente todos os pacientes admitidos, se encontravam em uso de algum tipo de oxigênio suplementar, em alguns casos, já intubados.

A TC auxiliou na classificação dos indivíduos entre os fenótipos **Low e High**, sendo o **Low**, paciente com baixa elastância, complacência normal (40-60ml/cmH₂O) TC com padrão de vidro fosco periférico e nas fissuras pulmonares. O fenótipo **High**, o indivíduo apresenta alta

elastância, complacência baixa, TC com infiltrado bilateral, padrão típico da SDRA.

Ao ser admitido na UTI COVID, tanto nos casos do paciente confirmado, quanto no indivíduo suspeito, adotaram-se procedimentos e protocolos estabelecidos para a COVID 19. Caso não houvesse confirmação laboratorial do indivíduo suspeito, procedia-se com a transferência do mesmo.

O agravamento da doença é caracterizado por hipoxemia importante, resultante de diferentes processos fisiopatológicos que afetam a relação ventilação-perfusão. Em geral, preconiza-se o uso de dispositivos de oxigenoterapia de baixo fluxo, tais como o cateter nasal e máscara sem reinalação com bolsa reservatório para minimizar a dispersão de aerossóis, visto que a doença é altamente contagiosa por meio de gotículas contendo o vírus. A aplicação de oxigenoterapia nasal de alto fluxo ou ventilação não invasiva, mesmo sob condições de biossegurança consideradas "ideais", envolve diversos questionamentos quanto a sua relação risco-benefício (Gattinoni *et al* 2020).

A síndrome respiratória aguda (SDRA), é considerada fator preditor de possível intubação por conta da necessidade de suporte ventilatório decorrente da hipoxemia e descompasso da mecânica ventilatória (PAREEK *et al* 2021). A monitorização da presença de fatores que apontem possível falência respiratória como desconforto respiratório moderado a grave (frequência respiratória elevada, uso de musculatura acessória ou presença de pelo menos um tipo de tiragem intercostal, subcostal, queda de saturação, cianose) foram determinantes para a IOT.

Classificada como leve, aguda ou grave, acarreta uma série de complicações e restrições respiratórias conduzindo ao quadro de hipoxemia definida por saturação abaixo de 90% (YAO *et al*, 2020), dessa forma, procedeu-se com a intubação orotraqueal (IOT) de sequência rápida.

Os parâmetros ventilatórios de admissão adotados foram os seguintes: modo de ventilação controlada a pressão, denominada PCV (***Pressure Controlled Ventilation***), ventilação protetora que considera o volume corrente de 4-6 ml por kg, para homens: (altura - 152,4) x 0,91 +50 e para mulheres: (altura - 152,4) x 0,91 + 45,5), **peep** (pressão expiratória final nas vias aéreas) inicial de 10 cmH₂O, **driving pressure**

menor ou igual a 15 cmH₂O, frequência respiratória de 20 a 35 rpm, pressão de platô < 30 cmH₂O e FiO₂ de 60%.

Por fim, a montagem do leito era realizada de maneira multidisciplinar, cabendo ao fisioterapeuta, escolha e teste da bolsa-válvula-máscara, reservatório, máscara facial, filtro HMEF, montagem e calibração do ventilador mecânico e sistema de aspiração fechado (*TrachCare*).

3.4 Intubação Orotraqueal (IOT)

Uma vez o paciente admitido e estando presentes os sinais preditores de falência respiratória descritos anteriormente, procede-se com a IOT, visto que a ventilação mecânica não invasiva (VMNI) foi descrita (Cook *et al.* 2020), como geradora de aerossol e conseqüentemente aumento do risco de contaminação pela equipe assistencial. Mesmo antes da pandemia da COVID 19, não se usava este tipo de ventilação na assistência nos casos moderados a graves de SDRA (PaO₂/FiO₂ de 200 a 101 – moderada; PaO₂/FiO₂ abaixo de 100) e/ou SARs.

O processo de intubação para o paciente com COVID-19 requereu a realização da sequência rápida, com uso da bolsa-válvula usada apenas como interface sem a sua compressão como ocorre nos procedimentos de intubação tradicionais quando há a necessidade de ventilar o paciente com a mesma.

Outro ponto diferenciado na IOT do paciente com suspeita ou confirmação da infecção pela covid 19, foi necessidade do clampeamento/ pinçamento do tubo oro-traqueal para evitar a geração de aerossol.

O número de profissionais durante a IOT limitou-se ao médico, enfermeiro, fisioterapeuta e um técnico de enfermagem com intuito de expor o menor número de profissionais durante tal procedimento.

O esquema adotado na experiência vivenciada para sequência rápida para intubação oro-traqueal do paciente contaminado pela COVID-19 foi baseado sobretudo nos estudos da AMIB (2020); EBSEH/UFTM (2020); EBSEH/HUFSC (2020); Meng *et al.* (2020) e Yao *et al.* (2020), com as descrições das etapas a seguir:

1. Pré-oxigenação, com a bolsa-válvula-máscara funcionando apenas como interface sem a realização de compressões para evitar a dispersão e geração de aerossol com o vírus

Sars- Cov-2. Esta etapa era realizada rapidamente evitando possíveis complicações e/ou intercorrências, com baixos fluxos (recomendado de 3 a 5 litros de oxigênio, por minuto):



Figura 2: Materiais necessários na pré-oxigenação para intubação orotraqueal. AMIB, disponível em: <file:///C:/Users/Fellicia/Documents/Relato%20de%20experien%20cia%20COVID/Artigos%20selecionados/Protocolo%20Intuba%C3%A7%C3%A3o%20coronavirus%20publicado.pdf>

2. Após o início da pré-oxigenação, ocorreu a sedoanalgesia do paciente pelo enfermeiro plantonista (Midazolam, Fentanil), bloqueio neuromuscular (Cisatracúrio) e monitorização dos sinais vitais;
3. Inserção do tubo (vedado com êmbolo de seringa e fio guia) pelo médico plantonista e ausculta pulmonar com estetoscópio para a correta fixação;
4. Retirada da bolsa-válvula-máscara do sistema de aspiração fechado (**TrachCare**) para conectar este, ao ventilador mecânico pelo fisioterapeuta;
5. Insuflação de 20 a 30 mmHg do balonete pelo enfermeiro plantonista ou fisioterapeuta;
6. Retirada do fio guia com clampeamento do tubo pelo médico plantonista;
7. Retirada do êmbolo de vedação pelo médico plantonista;
8. Conexão do tubo orotraqueal ao ventilador mecânico (modo de espera) pelo fisioterapeuta;
9. Retirada da pinça ou o **clamper** do tubo orotraqueal com **start** do ventilador mecânico.

10. Observação da saturação arterial de oxigênio, frequência cardíaca e respiratória são marcadores que auxiliaram para a verificação no sucesso do procedimento. Havendo queda da frequência cardíaca, o enfermeiro plantonista administrava atropina e/ou adrenalina no paciente.
11. minutos após a IOT, o enfermeiro plantonista realizava a coleta de sangue para a gasometria arterial.

Com a gasometria arterial em mãos, foram ajustados os parâmetros ventilatórios para evitar a hipo ou hiperassistência mecânica, de modo a ofertar somente o que o paciente de fato necessitava, optando sempre pela ventilação protetora.

Os parâmetros da gasometria considerados ideias são PaCO₂ 35-45 mmHg, PH 7.35-7.45 mmHg, PO₂ 80-100 mmHg, HCO₃ 21-27 mEq/L, **Base Excess** -3 a +3, PaO₂/FiO₂ 480 (MELO, 2018).

Assim, adotou-se a rotina da coleta da gasometria (realizada pelo enfermeiro plantonista) de todos os pacientes no início da manhã, início da tarde e início da noite, ao passo que os ajustes ventilatórios foram realizados, tomando por base além dos dados gasométricos, o quadro hemodinâmico, sincronias e assincronias paciente-ventilador, ventilação protetora, exames laboratoriais e de imagem, dentre outros fatores.

Nos casos em que a relação PaO₂/FiO₂ estava abaixo de 150, adotou-se a pronação do indivíduo de modo a recrutar áreas pulmonares, medida esta, que se mostrou bastante eficaz no desfecho de vários pacientes. O tempo de permanência nesta posição variou de 16 até 24 horas, modificando a cada duas horas a posição da cabeça e membros superiores (posição de nadador).

Definida como manobra de rotação do paciente da posição supina para a posição de decúbito ventral no qual acontece uma distribuição mais homogênea das pressões, conseqüentemente uma melhora da relação da troca gasosa, da mecânica pulmonar e da parede torácica, deve ser mantida por no mínimo 16 horas e associada a ventilação protetora e bloqueador neuromuscular (COOK *et al.* 2020).

Entretanto, pacientes com arritmias graves, pressão intracraniana significativamente aumentada, fraturas vertebrais instáveis, traumas faciais, traqueostomia em menos de 24 horas, hemoptise maciça,

paciente em diálise contínua ou hemorragia pulmonar não foram submetidos à manobra.

A pronação deixou de ser necessária quando o paciente apresentou melhora da relação ventilação/perfusão por no mínimo 04 horas na posição supina, com uma **peep** menor que 10cmH₂O e uma FiO₂ menor que 60% com saturação alvo de 90 a 96%.

Ao ser despronado, se o paciente apresentou redução da relação PaO₂/FiO₂, o mesmo foi novamente pronado. Entretanto ao observar que após duas tentativas de pronação o paciente não apresentou melhora na relação, foi optado pela manobra de recrutamento alveolar com a titulação da **peep** ideal.

Por se tratar de um procedimento que envolve diferentes riscos para o paciente como por exemplo bradicardia e parada cardiorrespiratória, foi a última conduta de escolha para reversão da função pulmonar.

As manobras de recrutamento alveolar tiveram a ciência do médico plantonista, bem como auxílio durante o procedimento e a participação do enfermeiro plantonista para caso houvesse necessidade de administração de algum tipo de droga vasoativa de modo que sua escolha e aplicação deve ser avaliada de forma criteriosa.

Para iniciar a manobra no tipo de recrutamento sub-máximo, o ventilador foi colocado no modo de Ventilação Controlada a Pressão (PCV), iniciando com uma **peep** de 10, após 01 minuto, a **peep** foi modificada para 15, após 01 minuto a **peep** foi elevada para 20. Neste momento foi trocado o modo ventilatório para Ventilação Controlada a Volume (VCV), iniciando então a **peep** decremental: reduzida a **peep** para 18 mantendo por 30 segundos (HGF, 2018).

Neste tempo foi calculado a **driving pressure: peep** – pressão de platô; o valor foi anotado. Após os 30 segundos, a **peep** foi reduzida para 16 (repetiu-se o cálculo), mantida por 30 segundos, o valor foi anotado; a **peep** foi reduzida para 14 repetida a mesma sequência, a **peep** foi novamente reduzida para 12 e repetida a sequência, a **peep** foi reduzida para 10, repetida a sequência e por último, a **peep** reduzida para 8 por 30 segundos e realizado o cálculo.

Após esta etapa, o ventilador foi novamente colocado no modo PCV, e realizado o novo recrutamento e retornado para o modo VCV com a **peep** que gerou o menor **driving pressure** na manobra da

mini-titulação, ou seja, a pressão mais adequada/eficiente para ventilação do paciente de forma protetora.

Pacientes com o fenótipo **High** apresentaram melhores respostas à manobra de recrutamento alveolar, com uso de uma **peep** mais elevada. Entretanto, diariamente a meta utilizada para todos os pacientes foi buscar dentro da particularidade de cada caso, o desmame ventilatório, visto que a ventilação mecânica invasiva pode causar também efeitos deletérios no indivíduo, bem como outras complicações como por exemplo a pneumonia associada a ventilação mecânica (Qu *et al*, 2020).

A despeito dessa utilização da gasometria para ajuste da assistência ventilatória, esse exame não foi determinante para IOT, pois mesmo os pacientes que apresentaram uma relação PaO₂/FiO₂ abaixo de 150, mas que não apresentavam desconforto respiratório e queda de saturação, foram submetidos à pronação e oferta de oxigênio suplementar seja com cateter nasal ou máscara não reinalante; sendo beneficiados por esta terapêutica.

Por outro lado, os indivíduos com co-morbidades foram largamente os mais críticos como apontam Giacomelli *et al* 2020; e que necessitaram de intubação orotraqueal, de modo que as repercussões da COVID-19 nos mesmos atuaram de modo negativo na recuperação mais lenta em responder às terapias utilizadas.

O fisioterapeuta como membro da equipe multiprofissional tem importante papel na assistência, de modo a restabelecer as funções pulmonar e motora, considerando todas as implicações envolvidas pela cascata inflamatória da infecção viral (Li *et al* 2020).

Além disso, a abordagem terapêutica deve ser individualizada e as condutas a serem aplicadas requerem avaliação e reavaliações frequentes, o que exige muita atenção e trabalho dos profissionais envolvidos. De modo que as condutas e procedimentos realizadas no ambiente da UTI interferem diretamente na recuperação do indivíduo.

Um dos principais aprendizados gerados pela experiência na assistência aos pacientes com a COVID-19 foi que o conhecimento só é construído em coletividade, com a participação de diversos atores e profissionais de saúde de diferentes especialidades. Não há como prestar assistência de modo isolado, sobretudo em se tratando de procedimentos realizados em locais de tratamento especializado como a UTI.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, na experiência relatada percebeu-se o quão complexo se torna a assistência do paciente contaminado pela COVID-19 no ambiente na UTI adulto, uma vez que requer todo o processo do uso correto dos EPIs, o manejo diferenciado de modo a evitar a dispersão de aerossol, lançando mão de ajustes preventivos e de segurança para o profissional e paciente.

Destaca-se ainda a relevância da correta intervenção sobretudo na assistência durante os procedimentos invasivos como é o caso da intubação orotraqueal, que deve ser realizada de maneira rápida para evitar consequências danosas ao indivíduo.

As manobras e procedimentos fisioterapêuticos são importantes neste cuidado intensivo, entretanto, é fundamental o estudo mais aprofundado desta assistência visto que a COVID-19 mostra-se como um agravo de repercussão sistêmica no organismo humano e que necessita ser melhor compreendida não apenas pelo fisioterapeuta, mas por toda a equipe multiprofissional que assiste este tipo de indivíduo.

5. REFERÊNCIAS

AMIB, Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Documento online: **Posicionamento sobre coronavírus**, documento online disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/POSICIONAMENTO_ABRAMEDE_-_CORONAVIRUS_-_03-10032020.pdf. Acesso em 27 de setembro de 2020.

BHATRAJU, P. K., BIJAN, GHASSEMIEH J., NICHOLS M., KIM R., JEROME K. R., NALLA Arun K. *et al.* **Covid-19 in Critically Ill Patients in the Seattle Region – Case Series.** N Engl J Med 2020;382:2012-22. DOI: 10.1056/NEJMoa2004500

COOKT. T. M.; El-Boghdadly K.; B. McGuire A. F.; McNarry; Patel A.; Higgs A. **Consensus guidelines for managing the airway in patients with COVID-19.** Anaesthesia 2020, 75, 785–799 doi:10.1111/anae.15054

COSTA F. M., CORREA, A. D. B., NETO-ELIAS N., VIEIRA E.V. M., NASRA M.L.S, LIMA, E., *et al.* Avaliação da Funcionalidade Motora em Pacientes com Tempo Prolongado de Internação Hospitalar. UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde 2014;16(2):87-91

EBSERH, EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente. Rotina Operacional Padrão. **Manejo clínico**

de casos suspeitos ou confirmados de infecção humana pelo novo coronavírus. Uberaba-MG, 2020. 10p. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/Manejo+Cl%C3%ADnico+vers%C3%A3o+2+final-V68FjmFi.pdf> **05f26cfa-b335-41d5-a944-30c1fd9767dc**. Acesso em 28 de setembro de 2020.

EBSERH, EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Protocolo Assistencial Ventilação Mecânica em UTI na COVID-19.** Santa Catarina. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/10197/5252423/PRT.CPA-COVID19.007+Protocolo+Ventila%C3%A7%C3%A3o+Mec%C3%A2nica+UTI+Adultos+V3+%281%29.pdf/bfa4f641-c2d2-49b2-8473-1fb14383b7c2>. Acesso em 01 de outubro de 2020.

GATTINONI L, CHIUMELLO D, CAIRONI P, BUSANA M, ROMITTI F, BRAZZI L, *et al*. COVID-19 pneumonia: different respiratory treatment for different phenotypes? *Intens Care Med.* 2020;1-6. doi: 10.1007/s00134-020-06033-2 [Epub ahead of print] » <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06033-2>

GIACOMELLI, A., PEZZATI, L., Conti, F., BERNACCHIA, D., SIANO, M., Oreni, L., *et al.*, 2020. Selfreported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study [published online ahead of print, 2020 Mar 26]. *Clin Infect Dis* ciaa330

GUAN, W.; Ni, Z.; Yu H.; Liang, W.; Ou, C.; He, J.; Liu, H.; Shan, C. *et al*. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China *n engl j med* 382;18 *nejm.org* April 30, 2020.

QU, Gaojing; CHEN, Junwen; HUANG, Guoxin; ZHANG, Meiling; YU, Hui; Zhu, Haoming; CHEN, Lei; WANG, Dengru; PEI, Bin. A quantitative exploration of symptoms in COVID-19 patients: an observational study cohort study. *Int. J. Med. Sci.* 2021; 18(4): 1082-1095. doi: 10.7150/ijms.53596

PAREEK M, SINGH A, VADLAMANI L, EDER M, PACOR J, Park J, GHAZIZADEH Z, HEARD A, Cruz-SOLBES AS, NIKOOIE R, GIER C, AHMED ZV, FREEMAN JV, MEADOWS J, SMOLDEREN KGE, LAMPERT R, VELAZQUEZ EJ, AHMAD T, Desai NR. Relation of Cardiovascular Risk Factors to Mortality and Cardiovascular Events in Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 (from the Yale COVID-19 Cardiovascular Registry). *Am J Cardiol.* 2021 May 1;146:99-106. doi: 10.1016/j.amjcard.2021.01.029. Epub 2021 Feb 1. PMID: 33539857; PMCID: PMC7849530.

HGF, Hospital Geral de Fortaleza e SSEC, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Protocolo da Fisioterapia do Hospital Geral de Fortaleza. 2018. Capítulo 06, pg 26. Disponível em: <http://extranet.hgf.ce.gov.br/jspui/>

bitstream/123456789/327/1/2018_Protocolo_Fisioterapia_P DF.pdf. Acesso em 06/06/21

LAZZERI, M.; LANZA, A.; BELLINI, R.; BELLOFIORE, A.; CECCHETTO S.; COLOMBO, A.; D'ABROSCA, F.; *et al.* **Physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: a Position Paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR)** Monaldi Archives for Chest Disease 2020; volume 90.

LI, K., WU, J., WU, F., GUO, D., CHEN, L., FANG, Z. *et al.* **The Clinical and Chest CT Features Associated With Severe and Critical COVID-19 Pneumonia.** Investigative Radiology • Volume 55, Number 6, June 2020.

MELO, C. **Gasometria Arterial da Fisiologia à Prática Clínica.** Ehbooks Cursos e Livros eletrônicos LTDA. . 1ª ed. Brasília-DF, 2018.

MENG, EI; QUIU, H; WAN, L; *et al.* **Intubation and ventilation amid the COVID-19 outbreak: Wuhan's Experience.** Anesthesiology 2020. Doi: 10.1097/ALN0000000000003296.

MCINTOSH, Kenneth; HIRSCH, Martin S; BLOOM, Allyson. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention.** Up to date, 20 de Março de 2020..

ONG, Sean WEI Xiang; TAN, Yian KIM; Chia, PO Ying; LEE, Tau Hong; NG, Oon Tek; WONG, Michelle Su Yen; MARIMUTHU, Kalisvar. **Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) From a Symptomatic Patient.** JAMA. 2020 Mar 4;323(16):1610-1612. Doi: 10.1001/jama.2020.3227

THOMAS P., BALDWIN, C., BISSETT B., BODEN I., GOSSELINK R., GRANGER C., *et al.* **Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations.** Journal of Physiotherapy 66 (2020) 73-82. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>.

WHO, World Health Organization, Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report 46, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em 03 de outubro de 2020.

YAO, W.; WANG, T.; JIANG, B.; GAO, F.; WANG, L.; ZHENG, H. *et al.* **Emergency tracheal intubation in 202 patients with COVID-19 in Wuhan, China: lessons learnt and international expert recommendations.** British Journal of Anaesthesia, 125 (1): e28ee37 (2020). doi: 10.1016/j.bja.2020.03.026

EDUCAÇÃO CONTINUADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E **ASSISTÊNCIA** **AO INDIVÍDUO LGBT+** NO ENVELHECIMENTO

WILLIAN ROGER DULLIUS

Enfermeiro. Doutorando no Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo - RS, 117415@upf.br;

SILVANA ALBA SCORTEGAGNA

Psicóloga. Docente no Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. silvanalba@upf.br

RESUMO

A assistência em saúde à população LGBT+ é fragmentada devido as lacunas no processo de ensino e educação continuada dos profissionais de saúde. O objetivo deste estudo foi reunir evidências empíricas nacionais sobre os cursos na modalidade de educação continuada aos profissionais de saúde à assistência ao indivíduo LGBT+ no envelhecimento. A revisão sistemática foi conduzida com base no Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). A busca dos artigos contemplou o período de 2011 a 2021. Foram utilizados os descritores "lgbt" AND "profissionais de saúde". Os critérios de inclusão consistiram por artigos empíricos, publicados em revistas indexadas por pares, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e classificados como "*open access*". As bases de dados consultadas foram BVSsalud, LILACS, PePSIC, PsycINFO e Scielo. A busca nas bases de dados resultou em 86 publicações. Após leitura na íntegra, foram selecionados três que compuseram este estudo. Os estudos demonstram que os profissionais de saúde não dominam algumas políticas públicas existentes, além de não terem domínio para uma assistência qualificada aos indivíduos LGBT+. Também, as demandas das travestis são desconhecidas pelos profissionais, principalmente médicos. Esse desconhecimento é parcialmente justificado pela falta de oferta de cursos e treinamentos pelos gestores. A literatura nacional evidencia carência desta temática durante a formação dos profissionais de saúde, além de carecer de cursos na modalidade educação continuada. É necessário fomentar capacitações dos profissionais nesta temática a fim de proporcionar um preparo humanizado e competente para assistir estes indivíduos no processo de envelhecimento, conforme as suas demandas.

Palavras-chave: Educação continuada, Minorias sexuais e de gênero, Pessoal de saúde, Idoso.

INTRODUÇÃO

A temática da sexualidade, ainda, é um tabu para muitas pessoas o que ocorre com maior intensidade quando se discute a sexualidade das pessoas idosas, uma vez que alguns indivíduos possuem uma ideia equivocada da interrupção desta abordagem devido às limitações físicas que são associadas ao envelhecer. A sexualidade constitui-se uma parte importante que referencia características gerais pessoais e comportamentais do ser humano, especialmente relacionadas a autoestima. Quando ocorre a percepção que a sexualidade é considerada apenas como transmissor de doenças é uma forma de interdição do exercício da mesma, reforçando estereótipos negativos associados ao indivíduo e, também, ao seu processo de envelhecimento (ARAÚJO *et al.*, 2020).

O processo de envelhecimento é multifacetado, composto por uma rede de fatores genéticos, biológicos, escolhas individuais, aspectos culturais e sociais, historicamente determinados. Nesta perspectiva, as questões socioculturais influenciam diretamente no processo de envelhecimento; assim, pessoas LGBT+¹ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) que estão inseridas em um contexto de violência estrutural, cerceadas pela hétero-cis-normatividade ao longo da vida, podem ter agravos na velhice em situações que contribuam para o isolamento social e para a emergência de sentimentos de solidão (CRENITTE; MIGUEL; JACOB FILHO, 2019). Segundo estes mesmos autores, a LGBTfobia é uma realidade que precisa ser considerada e confrontada por meio de leis que quantifiquem, qualifiquem e monitorem a violência por motivos de ódio e de intolerância, a fim de garantir os devidos tratamentos para essas situações.

A real visibilidade é de extrema importância na atualidade, pois os indivíduos que se identificam como LGBT+ estão envelhecendo, indicando a necessidade e importância de explorar e discutir a sexualidade dessa população. Devido a um duplo estigma (pessoa idosa e

¹ Neste capítulo, a sigla LGBT+ foi adotada, embora existam outras siglas como GLS, LBTT, LBTTQ, LBTTSQ, LBTTQIA+ e LBTTTIS, que incluem e designam outros grupos como simpatizantes, intersexos, bissexuais, transexuais, travestis, transgêneros, *queers*, assexuais, sinal + para todas as formas de gênero e sexualidade que se encontrem dentro ou fora dos aspectos anteriores.

homoafetivo), são necessárias políticas públicas e a educação continuada voltadas para a diversidade, orientando profissionais a lidar com questões de identidade de gênero/orientação sexual, fato que irá colaborar para uma melhor qualidade de vida do indivíduo idoso LGBTQ+ e respeitando sua individualidade (ARAÚJO *et al.*, 2020). Com o intuito de manter a atualização dos profissionais de saúde atuantes na rede pública de saúde, bem como uma forma de amenizar lacunas existentes destes profissionais à assistência prestada, em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2018).

Esta política, em uma abordagem geral, objetiva a qualificação e o aperfeiçoamento do processo de trabalho em vários níveis do sistema de saúde, orientando-se para a melhoria do acesso, qualidade e humanização na prestação de serviços e para o fortalecimento dos processos de gestão político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito federal, estadual e municipal. Ao verificarmos alguns objetivos específicos desta política, podemos citar: i) promover a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS, a partir dos problemas cotidianos, referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho em saúde; ii) estimular o planejamento, execução e avaliação dos processos formativos; iii) fortalecer as práticas de educação permanente em saúde nos territórios; e, contribuir para a identificação de necessidades de educação permanente em saúde dos trabalhadores e profissionais do SUS, para a elaboração de estratégias que visam qualificar a atenção e a gestão em saúde; dentre outros (BRASIL, 2018).

Para que o processo de educação continuada tenha seu curso efetivo, destaca-se a tríade "integração-ensino-comunidade" que pode fomentar melhor aproveitamento e desempenho da assistência em saúde disponibilizada para a sociedade. A comunidade contribui com as demandas que devem ser realizadas e implementadas, por exemplo, qualificar a assistência dos profissionais de saúde ao público LGBTQ+, ainda, a demanda pode surgir dos profissionais de saúde por compreenderem suas barreiras na assistência. Deste modo, a troca de informação entre profissionais de saúde e/ou a contribuição de instituições de ensino superior podem cooperar para a realização destes cursos de educação continuada, todo processo organizado e gerido pela gestão de saúde do município.

Contribuindo para uma assistência digna ao indivíduo LGBT+, no ano de 2013 o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), instituiu por meio da Portaria número 2.836 de 10 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011) a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Esta política foi um divisor de águas para as políticas públicas de saúde brasileiras, uma vez que ocorre o reconhecimento das demandas em saúde desta população vulnerável. O documento é um norteador e legitimador das necessidades e especificidades desta população e segue em conformidade com os postulados da equidade previstos na Constituição Federal de 1988. A implantação das ações vislumbram que não ocorra discriminação contra essa população em qualquer contexto e nem nos espaços de serviços públicos de saúde, fato que abarca todos os profissionais que atuam nas instâncias do SUS (BRASIL, 2013).

A literatura científica carece de informações mais precisas acerca da educação continuada dos profissionais de saúde na temática LGBT+. Diante desta perspectiva de treinamento dos profissionais de saúde relacionado à assistência ao indivíduo LGBT+, o presente estudo procura saber: quais são os cursos brasileiros, que estão disponíveis, na modalidade de educação continuada aos profissionais de saúde sobre a temática LGBT+? Para responder este questionamento, este capítulo objetivou reunir evidências empíricas nacionais sobre os cursos na modalidade de educação continuada aos profissionais de saúde à assistência ao indivíduo LGBT+.

METODOLOGIA

A respectiva revisão sistemática adotou um plano detalhado, compreensivo e com estratégias de pesquisa a priori, sendo conduzida de acordo com as recomendações propostas pelo protocolo PRISMA (Preferred Reporting items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (MOHER *et al.*, 2009).

O material selecionado para este estudo consiste em artigos empíricos, com abordagem qualitativa, quantitativa ou mista, sobre cursos brasileiros na modalidade educação continuada para profissionais de saúde na assistência ao indivíduo LGBT+. Os critérios de inclusão consistiram na busca por artigos empíricos, publicados entre janeiro/2011

a setembro/2021, revistas indexadas por pares, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e que estavam classificadas como "**open access**" em suas respectivas revistas científicas. Estudos foram incluídos se eles relatavam sobre treinamento dos profissionais de saúde na modalidade educação continuada no contexto da assistência ao indivíduo LGBT+. Os artigos que falavam sobre treinamento em uma abordagem geral de conteúdo ou que não abordassem o treinamento de profissionais de saúde foram excluídos, bem como, as demais publicações que não reportavam a busca (e.g. comentários, editoriais, revisão de literatura, literatura cinzenta).

Inicialmente, busca foi realizada no Medical Subject Heading of US National Library of Medicine (NLM MeSH) e no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para identificar os descritores e utilizando a estratégia PICO (população, intervenção, resultado) os quais foram definidos junto com os operadores booleanos. A estratégia booleana foi utilizada, usando os descritores ("lgbt" AND "profissionais de saúde"); o uso dos respectivos descritores teve por objetivo proporcionar maior abrangência de publicações envolvendo o treinamento de profissionais de saúde sobre o público LGBT+.

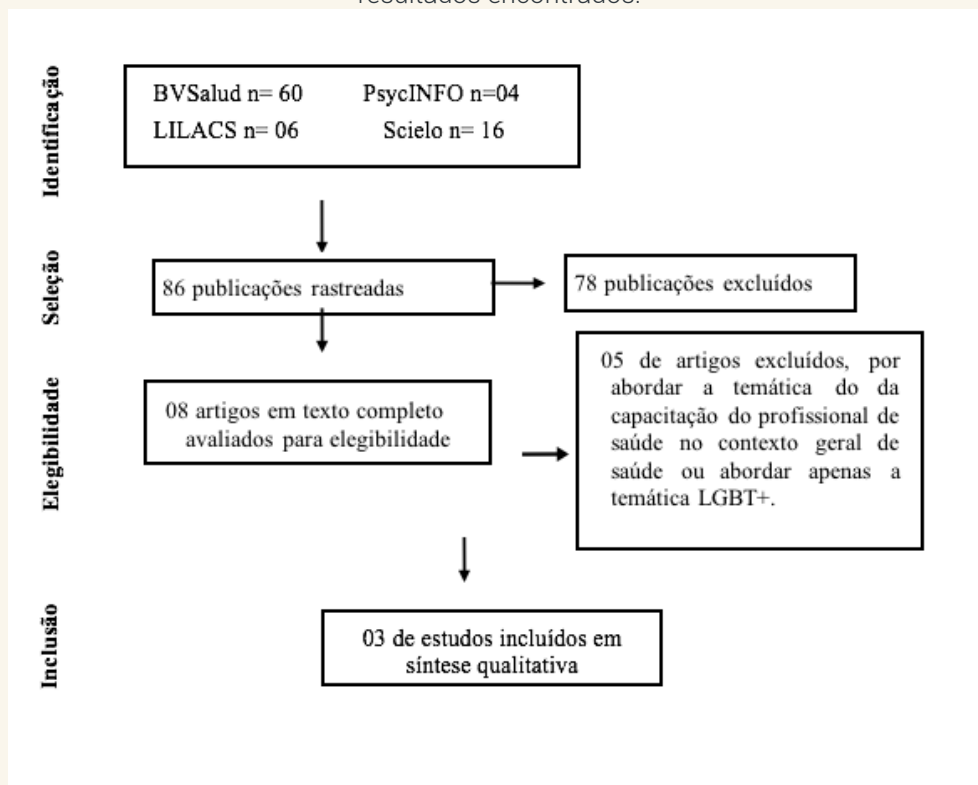
As bases de dados consultadas foram BVSsalud, LILACS, PePSIC, PsycINFO e Scielo. Essas bases de dados são relevantes para a questão da revisão, pois abrangem periódicos que publicariam artigos com o objetivo desta revisão, incluindo publicações em várias disciplinas e profissões.

O processo de seleção dos estudos ocorreu de forma simultânea e independente pelos pesquisadores, nas seguintes etapas: etapa 1 - identificação dos estudos nas bases de dados pelos descritores no DeCs/MeSH; etapa 2 - busca de artigos: o título e os resumos foram analisados para verificar se o estudo abordava o tema de interesse; estágio 3 - elegibilidade: os estudos foram avaliados por meio da leitura na íntegra para determinar sua adequação ao tema, e os critérios de elegibilidade foram considerados, culminando com a inclusão dos estudos. Avaliações com resultados semelhantes foram mantidas, mas quando ocorreram avaliações com resultados divergentes, uma terceira pessoa foi consultada para avaliar os estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados resultou em 86 publicações: BVSalud (n=60), LILACS (n=6), PePSIC (n=0), PsycINFO (n=4) e Scielo (n=16). Ao proceder a busca nas bases de dados foi realizada, primeiramente, a leitura do título e do resumo dos artigos encontrados para verificar se os mesmos tratavam do assunto pesquisado. Inicialmente excluíram-se os títulos duplicados. A leitura do título e do resumo para verificação da adequação do artigo ao objetivo proposto resultou na seleção de oito artigos. Após serem lidos na íntegra, foram selecionados três artigos que preencheram os critérios de inclusão para o estudo. A figura 1 apresenta o fluxograma da seleção dos artigos.

Figura 1. Fluxograma da estratégia de busca dos artigos nas bases de dados e os resultados encontrados.



Fonte: Autores, 2021.

A Tabela 1 apresenta as seguintes informações sobre os estudos nesta revisão sistemática: autores, ano, objetivo, características da amostra, análise estatística dos dados e resultados.

Tabela 1. Descrição dos artigos sobre o tema educação continuada dos profissionais de saúde (2011-2021).

Autor	Objetivo	Características da amostra	Análise dados	Resultados
DULLIUS; MARTINS. 2020	Construir e validar, teórica e estatisticamente, um instrumento de ANT destinado aos profissionais de saúde relacionado ao atendimento humanizado ao indivíduo LGBT+ para o contexto brasileiro	449 profissionais de saúde, predominância do gênero feminino, profissionais psicológicos.	Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) com valor de 0.95. $\alpha = 0.96$.	O estudo disponibiliza um instrumento de 39 itens para verificar a análise de necessidades de treinamento dos profissionais de saúde na temática da assistência ao público LGBT+. O instrumento que aborda o contexto brasileiro verificar a necessidade de treinar o profissionais de saúde em diferentes aspectos da assistência ao indivíduos LGBT+, tais como a autopercepção do profissional de saúde na assistência, percepção com os colegas na assistência, a inserção do indivíduo LGBT+ na instituição de saúde e na comunidade.
GUIMARÃES et al. 2020.	Avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT (PNAIPLGBT) na atenção básica de saúde e compreender o conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da diversidade sexual e da homofobia.	10 profissionais de enfermagem, básica de saúde e compreender o conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da diversidade sexual e da homofobia. predominância do gênero feminino.	Análise temática de Minayo.	O estudo destaca a lacuna de estímulos em estudar essa temática na formação (nível acadêmico) dos profissionais. A falta de abrangência na temática ao público em questão leva à formação de profissionais sem preparo algum para atender as demandas específicas da população LGBT+, com enfoque no processo transsexualizador na atenção básica.

NEGREIROS <i>et al.</i> 2019.	Analisar a formação médica para assistência à saúde da população LGBT, na perspectiva de médicos que atuam na atenção básica.	14 médicos, predominância do gênero masculino.	Análise pelo Método de Interpretação de Sentidos	Os participantes foram unânimes em responder que não realizaram capacitações na temática LGBT+, justificando essa lacuna devido a falta de oportunidades para realizarem cursos. A lacuna existe em cursos acaba refletindo diretamente na assistência prestada, devido ao preconceito e restrição na resolução de demandas que os indivíduos LGBT+ requerem.
-------------------------------	---	--	--	---

Fonte: Os autores, 2021.

Os estudos demonstram que a literatura nacional de pesquisas sobre a temática da educação continuada dos profissionais de saúde relacionado à assistência ao indivíduo LGBT+ é escassa, bem como a quase inexistência de instrumentos ou cursos para guiar e proporcionar educação continuada aos profissionais de saúde. Agregando a estas questões, a lacuna na formação dos profissionais de saúde, a falta ou restrição no ensino desta temática na graduação e a escassez de informações sobre as políticas públicas existentes favorecem para a fragilidade da assistência da população LGBT+ (DULLIUS; MARTINS, 2020; GUIMARÃES *et al.*, 2020; NEGREIROS *et al.*, 2019).

Ao verificar a formação médica para a assistência a saúde da população LGBT+ na perspectiva de médicos que atuam na atenção básica. O estudo de Negreiros et al. (2019) apresentou que os médicos declararam não terem obtido formação na área durante a graduação ou a mesma era fragmentada e nem realizaram capacitação ou cursos na área, os profissionais justificam a situação pela falta de oferta desta modalidade de educação continuada. A lacuna que ocorre na formação profissional, mantém estigmas, e é evidenciada no momento da atuação, pois os médicos não possuem treinamento para agir com resolutividade, possuem desconhecimento em relação as demandas das travestis, mantém estigmas e preconceitos enrustidos em seus atendimentos e assistências (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Situação que é reforçada no estudo realizado por Carvalho e Philippi (2013), no qual demonstra a visão do público LGBT+ ao procurar os

serviços de saúde. Os participantes descreveram situações como o despreparo dos profissionais para lidar com o público gay; uso de piadas e deboches; impacto no olhar; espanto pelas práticas entre lésbicas; atendimento ginecológico discriminatório; inexistência de capacitação profissional; falta de atenção com a população LGBTQ+, dentre outros; estes comportamentos promovem atos de evitar a procura pela assistência em saúde pelos indivíduos LGBTQ+. Este comportamento é evidenciado também no estudo de Costa *et al.* (2016a), com o relato de participantes (43,2%) que se identificaram transgêneros, e que informaram que evitaram procurar recursos para tratamento de saúde devido as barreiras e preconceitos desempenhado pelos profissionais da saúde.

Declaradamente há uma relação entre evitar procurar assistência em saúde e o preconceito estabelecido pelos profissionais de saúde. Ao verificar os relatos de pessoas idosas LGBTQ+ quanto a assistência recebida no residencial, foram identificados sentimentos de medo de sofrerem homofobia, assim como estigma e discriminação dos profissionais que atuam no residencial (WILSON; KORTES-MILLER; STINCHCOMBE, 2018), de como é a prestação da assistência por ter realizado o procedimento de vaginoplastia (WILSON; KORTES-

MILLER; STINCHCOMBE, 2019), fatores que repercutem diretamente no processo de inclusão integral do sistema de saúde que este público usufrui. Potencializando estes fatores negativos, questões religiosas da instituição de longa permanência potencializam a insegurança do indivíduo idoso e a assistência a ser recebida (WILSON; KORTES-MILLER; STINCHCOMBE, 2018).

Corroborando estes achados, um estudo nacional com profissionais de saúde evidenciou a discriminação sexual e de diversidade de gênero, indicando que as esferas do indivíduo e do profissional devem ser investigadas e confrontadas (COSTA *et al.*, 2016b). Outras pesquisas relacionaram as características demográficas e funcionais dos profissionais de saúde com os cuidados aos pacientes. Por exemplo, Chapman *et al.* (2011) encontraram que homens possuem maior preconceito no atendimento ao público LGBTQ+ do que mulheres; e que a diversidade cultural e a crença religiosa desempenham barreiras na prestação de serviços de saúde (RONDAHL *et al.*, 2004; TRAVERS *et al.*, 2010).

Com uma visão integral do indivíduo, ao verificar depoimentos das pessoas idosas LGBT+ que se encontram em um residencial, estas pessoas relatam sofrimento psíquico pelo medo de sofrerem homofobia, estigmas e discriminação dos profissionais de saúde devido a orientação sexual e de gênero; sofrimento que acaba escondendo (voltando ao armário) sua sexualidade devido aos receios de não obterem uma assistência em saúde adequada (WILSON; KORTES-MILLER; STINCHCOMBE, 2018; WILSON; KORTES-MILLER; STINCHCOMBE, 2019). No acompanhamento de mulheres para a realização de mamografia, denota-se que mulheres bissexuais e lésbicas possuem uma taxa de realização do exame com uma proporção baixa em comparadas com mulheres heterossexuais. Fato que potencializa a fragmentação na assistência em saúde devido a orientação sexual e de gênero (AGÉNOR *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais norteia os gestores e profissionais da área da saúde para que haja capacitações na modalidade de educação continuada para uma assistência humanizada e integral à população LGBT+ (BRASIL, 2013). Em contrapartida a esse documento norteador, o modelo biomédico existente, muitas vezes, promove a superioridade do profissional, no fato de que ele é quem sabe o que seria o melhor a ser proporcionado ao paciente repercutindo na desconsideração das próprias escolhas do usuário e enfatizando sua condição como um objeto (MOSCHETA; SOUZA; SANTOS, 2016). Acrescentando a este viés o contexto da sexualidade, o histórico sociocultural remonta a questões subjetivas da psiquiatrização, fato que reproduz um sistema normativo de sexo e de gênero que não condiz com os modos de subjetivação ou a diversidade das formas de construção de gênero na transexualidade (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009; WILSON; STINCHCOMBE, 2019).

Fatores socioculturais que culminam em ambientes de saúde não acolhedores e lacunas na assistência em saúde quando requerido e apoiado neste processo de assistência fragmentada, o ato de os profissionais de saúde assumirem automaticamente a heteronormatividade das pessoas, potencializa as angústias dos indivíduos LGBT+ e fragmenta a assistência em saúde (WILSON; KORTES-MILLER; STINCHCOMBE, 2018).

A Política Nacional de Saúde Integral a População LGBT (BRASIL, 2013) foi desenvolvida como um dos mecanismos para guiar os profissionais na assistência humanizada, dentre outras ações para atuação destes profissionais. No estudo de Guimarães *et al.* (2020), foi questionado sobre o conhecimento desta política, 70% dos profissionais classificaram como nula, por não terem conhecimento sobre a mesma, e os profissionais que sabiam sobre essa política, apenas tinham domínio sobre o uso do nome social. Também, as demandas das travestis são desconhecidas pelos profissionais, principalmente da área médica. O desconhecimento dos profissionais é parcialmente justificado pela falta de oferta de cursos e treinamentos pelos gestores.

A literatura brasileira disponibiliza o instrumento “Medida de Necessidades de Treinamento para Atenção em Saúde ao Público LGBT+” (DULLIUS; MARTINS, 2020), instrumento o qual guia gestores e profissionais de saúde no treinamento a ser desenvolvido. A escala serve como uma ferramenta para verificar quais tópicos os profissionais possuem maior lacuna de conhecimento, habilidades e atitudes e conforme o escore, o gestor pode proporcionar maior tempo de treinamento na temática verificada.

O instrumento de autoria de Dullius e Martins (2020) pode ser citado como uma medida para promover uma assistência humanizada e integral ao indivíduo conforme preconiza na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a educação continuada dos profissionais de saúde nos três níveis de assistência (primária, secundária e terciária) é necessário. A literatura internacional disponibiliza alguns cursos para a educação continuada de gestores dos residenciais geriátricos e profissionais de saúde que atuam com o público idoso LGBT+ como o curso HEALE (HARDACKER *et al.*, 2014), curso que pode ser realizado na modalidade presencial ou virtual. Também há disponível cursos focados para estudantes de enfermagem para que os mesmos ao se formarem estejam capacitados para um atendimento humanizado com este público, podemos citar como exemplo o curso Modelo Lógico XSON LHI, desenvolvido por Sherman *et al.* (2020), o qual incrementa presencialmente a grade curricular do curso de graduação de enfermagem. Já na modalidade virtual, podemos citar o curso desenvolvido para estudantes de enfermagem o curso SOGI Nursing (ZIEGLER *et al.*, 2021), esta ferramenta

engloba conhecimentos, habilidades e atitudes para um atendimento humanizado ao respectivo público.

Na perspectiva nacional, o curso on-line e autoinstrutivo "Política Nacional de Saúde LGBT" (disponível em <https://lumina.ufrgs.br/course/view.php?id=62>) foi disponibilizado alguns anos anteriores (no momento não se encontra disponível), na modalidade on-line pela plataforma Lumina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O curso com dois módulos abordava a política na assistência em saúde, orientando e capacitando os profissionais de saúde para um atendimento integral e humanizado.

Finalmente, Costa *et al.* (2016c), realizaram uma abordagem on-line aos profissionais sobre a temática LGBT+ para que ocorresse a mudança das atitudes dos profissionais de saúde relacionado a esta população. O estudo evidenciou o despreparo e o preconceito desempenhado pelos profissionais devido a lacuna de conhecimento dos mesmos sobre a temática. Resultados que reforçam a necessidade de haver educação continuada aos profissionais de saúde nesta temática para que haja um atendimento integral e humanizado livre de preconceitos e estigmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se reunir evidências empíricas nacionais sobre os cursos na modalidade de educação continuada aos profissionais de saúde à assistência ao indivíduo LGBT+ verifica-se que os achados apontam para uma carência na literatura nacional nesta temática, durante a formação dos profissionais de saúde, além de necessitar de cursos nesta modalidade. Estigmas e preconceitos enrustidos permeiam a área da saúde, fato que culmina em uma assistência fragmentada no clico da vida. É necessário fomentar a capacitação de profissionais nesta temática a fim de proporcionar um preparo humanizado e competente para assistir indivíduos LGBT+, conforme as suas demandas (SCORTEGAGNA; SCORTEGAGNA; FIOREZE, 2022).

Diante do exposto, algumas limitações deste estudo precisam ser mencionadas. A seleção de artigos selecionados como "open access", a restrição do idioma de publicação dos artigos, o período da pesquisa e o fato que artigos que descreviam a educação continuada dos

profissionais de saúde em uma abordagem geral não foram considerados, são variáveis a serem consideradas. Neste contexto, é observado que a temática da educação continuada dos profissionais de saúde relacionado ao público LGBTQ+ não possuem expressiva abrangência na literatura nacional e está ocorrendo lentamente o desenvolvimento de pesquisas para sanar esta lacuna empírica existente. Dadas estas limitações, o aumento de publicações com foco na educação continuada e assistência ao público LGBTQ+ deve ser encorajado, fato que possa proporcionar maior domínio deste tema aos profissionais de saúde para efetivamente ocorrer uma assistência digna e livre de “pre” conceitos aos indivíduos LGBTQ+

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

REFERÊNCIAS

AGÉNOR, M. *et al.* Sexual orientation identity disparities in mammography among white, black, and Latina U.S. women. **Journal LGBT Health**, v. 7, n. 6, p. 312-320, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7475089/> Acesso em: 03 out. 2021.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141–1149, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SBvq6LKYBTWNR8TLNsFdKkj/?lang=pt> Acesso em: 10 set. 2021.

ARAÚJO, C. M. *et al.* A (in) visibilidade do envelhecimento LGBTQ. **Revista Longevidade**, São Paulo, v. 2, n. 6, p. 107-110, 2020. Disponível em: <https://revistalongevidade.com.br/index.php/revistaportal/article/view-File/835/892> Acesso em: 10 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2836 de 01 de dezembro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13608.htm> Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília : 1. ed., 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em: 03 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Brasília, 1. ed. rev., 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em 04 out. 2021.

CARVALHO, L. S.; PHILIPPI, M. M. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. **Ciências da Saúde**, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2013. Disponível em: <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/1837/2286> Acesso em 10 ago. 2021.

CHAPMAN, R.; WATKINS, R.; ZAPPIA, T.; NICOL, P.; SHIELDS, L. Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, p. 938-945, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22008095/> Acesso em: 20 set. 2021.

COSTA, A. B. *et al.* Healthcare needs of and access barriers for Brazilian transgender and gender diverse people. **Journal Immigrant Minority Health**, v. 20, n. 1, p. 115-123, 2016a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27804013/> Acesso em: 20 set. 2021.

COSTA, A. B.; MACHADO, W. D. L.; BANDEIRA, D. R.; NARDI, H. C. Validation Study of the Revised Version of the Scale of Prejudice Against Sexual and Gender Diversity in Brazil. **Journal of Homosexuality**, v. 63, n. 11, p. 1446–1463, 2016b. Disponível em: <https://www.researchgate.net/>

publication/306090862_Validation_Study_of_the_Revised_Version_of_the_Scale_of_Prejudice_Against_Sexual_and_Gender_Diversity_in_Brazil Acesso em: 10 out. 2021.

COSTA, A. B. *et al.* Effectiveness of a multidimensional web-based intervention program to change Brazilian health practitioners' attitudes toward the lesbian, gay, bisexual and transgender population. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 356–368, 2016c. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987830/> Acesso em: 20 set. 2021.

CRENITTE, M. R. F.; MIGUEL, D. F.; JACOB FILHO, W. Abordagem das particularidades da velhice de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros. **Revista Geriatria, Gerontologia e Aging**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 50-56, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/aop1800057.pdf> Acesso em: 10 set. 2021.

DULLIUS, W. R.; MARTINS, L. B. Training needs measure for health care of the LGBT+ public. **Paidéia, Ribeirão Preto**, v. 30, p. e3034, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/gr66jntJ7HC3ZXS-bTStxJpb/?format=pdf&lang=en> Acesso em: 5 set. 2021.

GUIMARÃES, N. P.; SOTERO, R. L.; COLA, J. P.; ANTONIO, S.; GALAVOTE, H. S. Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região sudeste do Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 372-385, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/FFrYJnPRddNv6s69ZbLJgCt/?lang=pt#>. Acesso em: 04 set. 2021.

HARDACKER, C. T. et al. Adding silver to the rainbow: The development of the nurses' health education about LGBT elders (HEALE) cultural competency curriculum. **Journal of Nursing Management**, Nova Jersey, v. 22, p. 257-266, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23869475/> Acesso em: 10 out. 2021.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA

statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7, p. e1000097, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097> Acesso em: 13 set. 2021.

MOSCHETA, M. S.; SOUZA, L. V.; SANTOS, M. A. Health care provision in Brazil: a dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. **Journal of Health Psychology**, v. 21, n. 3, p. 369-378, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316628749> Acesso em 22 set. 2021.

NEGREIROS, F. R. N.; FERREIRA, B. O.; FREITAS, D. N.; PEDROSA, J. I. S.; NASCIMENTO, E. F. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 1, p. 23-32, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tfbkrZY79FzFFHCnHp-cffCw/?lang=pt> Acesso em 05 set. 2021.

RONDAHL, G. ; INNALA, S. ; CARLSSON, M. Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing, if the option existed. **Scand Journal Caring Sciences**, v. 18, p. 19-26, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15005660/> Acesso em: 10 set. 2021.

SCORTEGAGNA, S. A.; SCORTEGAGNA, H. M.; FIOREZE, C. **Envelhecimento Humano: Saúde, Inovação e Desenvolvimento Sustentável**. Editora UPF, 2022. (prelo).

SHERMAN, A. D. F. *et al.* LGBTQ+ health education for nurses: An innovative approach to improving nursing curricula. **Nurse Education Today**, v. 97, p. e104698, 2020 (pre-print). Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0260691720315483?token=7BFAEB2B37FBE6D331CCB92A00A02220198114DA26ECD498CB70D8275884A2641EFB9F2610FBC6D087B3CC7F7F0B6A04&originRegion=us-east-1&originCreation=20211017123649> Acesso em: 10 set. 2021.

TRIVERS, R. *et al.* Service provider views on issues and needs for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. **The Canadian Journal of Human**

Sexuality, v. 19, n. 4, p. 191-198, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/289852406_Service_provider_views_on_issues_and_needs_for_lesbian_gay_bisexual_and_transgender_youth Acesso em 14 set. 2021.

WILSON, K.; KORTES-MILLER, K; STINCHCOMBE, A. Staying out of the closet: LGBT older adults' hopes and fears in considering end-of-life. **Canadian Journal on Aging**, v. 37, n. 1, p. 22-31, 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/staying-out-of-the-closet-lgbt-older-adults-hopes-and-fears-in-considering-endoflife/C3DD0D6B5BD8C0E0368E04B11F67C029> Acesso em: 10 set. 2021.

WILSON, K.; STINCHCOMBE, A. Policy legacies and forgotten histories: Health impacts on LGBTQ2 older adults. **For the House of Commons Standing Committee on Health (HESA)**, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10449325/br-external/WilsonKimberley-e.pdf> Acesso em: 22 set. 2021.

WILSON, K.; STINCHCOMBE, A.; ISMAIL, M.; KORTES-MILLER, K. LGBTQ2+ aging in Canada: Building the evidence and informing action. **The Canadian Journal of Human Sexuality**, v. 28, n. 3, p. 257-260, 2019. Disponível em: <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Brief/BR10449325/br-external/WilsonKimberley-e.pdf> Acesso em: 03 out. 2021.

ZIEGLER, E. *et al.* Desenvolvimento de um kit de ferramentas educacionais **online** para os cuidados de enfermagem das minorias de orientação sexual e identidade de gênero. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, p. e3470, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/sk4cyc7xbKtDTGM5MqLDmQN/?lang=pt&format=pdf> Acesso em: 24 set. 2021.

FRAGILIDADES NO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE LESÃO POR PRESSÃO

GISELE SANTANA PEREIRA CARREIRO

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba- UFPB; Professora assistente do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. giselecarreiro@gmail.com

MARIA JÚLIA OLIVEIRA GUIMARÃES SOARES

Professora titular do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, mmjulieg@gmail.com.

ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA

Professora adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN, anaelzaufrn@gmail.com

RESUMO

O desenvolvimento de uma lesão por pressão é considerado um evento adverso que prolonga a recuperação do paciente. A idade avançada constitui um dos fatores de risco intrínsecos ao surgimento das LP, além da imobilidade, alterações na percepção sensorial e estado nutricional. Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura com objetivo de realizar um levantamento sobre as lacunas do conhecimento dos enfermeiros relacionadas a LP. Foram selecionados 20 artigos nas bases de dados BDNF, Lilacs, Medline, Scopus, Google Scholar e Web of Science, utilizando a estratégia de busca em português: ("lesão por pressão" OR "úlceras por pressão" OR "úlceras de decúbito" OR "escara de decúbito") AND enfermagem AND conhecimento, e, em inglês, ("pressure ulcer" OR "Bed Sore" OR "Bed Sores" OR Bedsore OR Bedsores) AND nursing AND knowledge. Verificou-se que as classificações dos estágios 2 e 3 foram as que apresentaram menor número de acertos nos estudos. Evidenciou-se deficiência de conhecimento sobre definição de cisalhamento e a redução de oferta de oxigênio como fator de risco para LP. As medidas preventivas que apresentaram maior fragilidade do conhecimento referem-se ao ângulo da cabeceira do leito e frequência de reposicionamento de pacientes em posição sentada. A identificação das lacunas de conhecimento é uma ferramenta essencial para o planejamento institucional e melhoria na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Lesão por pressão, conhecimento, enfermagem, assistência hospitalar.

INTRODUÇÃO

As lesões por pressão (LP) podem ser definidas como qualquer dano na pele ou tecidos subjacentes decorrentes de pressão não aliviada por períodos prolongados entre a pele e tecidos moles, geralmente em locais de proeminências ósseas, e uma superfície ou dispositivos médicos (RODRIGUES et al, 2018).

O desenvolvimento de uma LP, além de prolongar a recuperação do paciente, pode atuar como porta de entrada para infecções, acarretando alterações fisiológicas, psicológicas, estéticas e sociais nos pacientes e familiares. Além disso, aumenta consideravelmente os custos com tratamentos para as instituições de saúde (FERREIRA et al, 2018).

A ocorrência de LP foi apontada como o terceiro incidente mais comum, entre os apontados no Relatório de incidentes relacionados à saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2018), sendo as LP nos estágios 3 e 4 o primeiro e segundo never events (eventos que nunca deveriam ocorrer) mais frequentes, respectivamente.

No Brasil, estudos apontam prevalências de LP que variam de 1,4% a 5,3% em unidades de internação médico-cirúrgica e ortopédica (CARVALHO et al., 2019) e de 5,3% a 69% em pacientes internados em UTI (CANDATEN, VIEIRA, BARCELLOS, 2019; MEDEIROS et al, 2017; JESUS et al., 2020; SANTOS et al., 2020). Em pacientes idosos, as pesquisas apontam as mais altas prevalências, com taxas entre 50% a 70%, uma vez que esta população é mais suscetível ao desenvolvimento das lesões (FERRO et al, 2020).

A idade avançada constitui um dos fatores de risco intrínsecos ao surgimento das LP, além da imobilidade, alterações na percepção sensorial e estado nutricional. O envelhecimento da pele caracterizada pela perda progressiva das funções estruturais e funcionais dos tecidos epitelial e conjuntivo subjacente resultam em fragilidade, o que favorece o acometimento por lesões por pressão, além de outras doenças dermatológicas (YAMADA, 2015).

No idoso, a espessura cutânea e o tecido adiposo são reduzidos, a divisão celular fica limitada e há atrofia das glândulas sudoríparas e sebáceas, resultando em uma epiderme fina com diminuição de sua função barreira, impermeabilidade e correta hidratação. Há ainda

redução da elasticidade, com a formação de massas amorfas e fibrosas. Além disso, existe uma resposta vascular lentificada e inervação e sensibilidade alteradas, que associadas ao estado funcional prejudicado com atividade e mobilidade reduzidas, podem predispor o idoso ao surgimento de lesões induzidas por fatores externos como pressão, fricção, cisalhamento e umidade (YAMADA, 2015; MOREIRA et al, 2020; RODRIGUES et al, 2018).

Outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de LP são a presença de diversas comorbidades, agravando o estado clínico do idoso, o uso de medicações (anti-hipertensivos, vasoconstrictores e anticoagulantes) que provocam reações sistêmicas e a ocorrência de incontinência urinária e fecal, relacionados diretamente ao excesso de umidade (FERRO et al, 2020).

Embora se reconheça que a LP é um problema que exige atuação da equipe multiprofissional, sabe-se que a enfermagem é a principal responsável pelo cuidado direto e contínuo ao paciente, e portanto, destaca-se como essencial na prevenção de LP. O enfermeiro deve em sua prática clínica realizar avaliação diária e sistemática do paciente, para identificação dos fatores de risco, e assim, planejar uma assistência com a realização de cuidados preventivos eficazes e de qualidade (FERRO et al, 2020; RODRIGUES et al, 2018). Portanto, é necessário que esse profissional se aproprie de uma base de conhecimentos teórico-práticos sólida pautada em evidências científicas, mas sem deixar de considerar a dimensão humana tão inerente ao processo de cuidado.

A avaliação do conhecimento do enfermeiro é imprescindível para identificação das lacunas de conhecimento e deficiências da prática profissional no desenvolvimento de boas práticas relacionadas a LP, constituindo-se como estratégia essencial, mas não única, para mudança desse cenário, por meio do direcionamento de ações de educação em saúde a serem implementadas nos serviços.

Assim, o objetivo desta revisão é realizar um levantamento na literatura sobre as lacunas no conhecimento dos enfermeiros relacionados a LP. Elegeu-se como questão de pesquisa: quais são as lacunas no conhecimento dos enfermeiros relacionadas à classificação, fatores de risco e medidas de prevenção para LP apontadas na literatura científica?

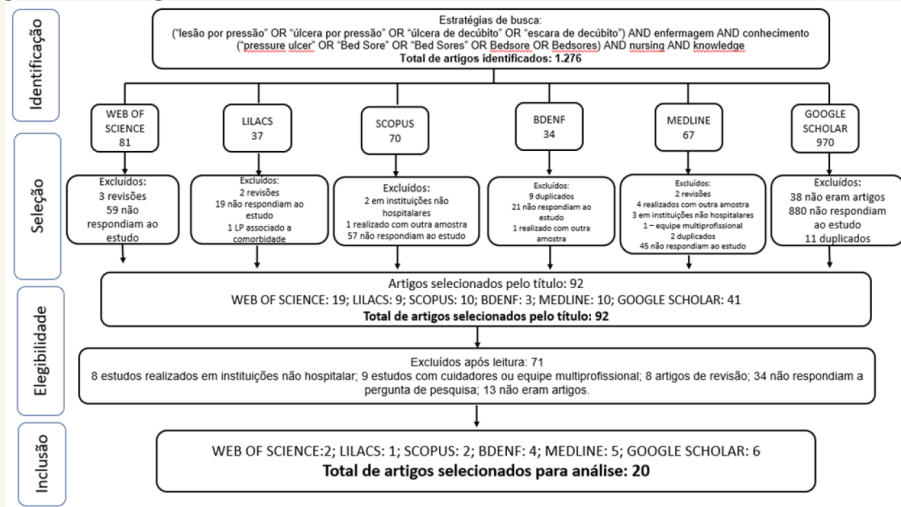
METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A primeira etapa desta revisão consistiu na elaboração da questão de pesquisa: quais são as lacunas no conhecimento dos enfermeiros relacionadas à classificação, fatores de risco e medidas de prevenção para LP apontadas na literatura científica?

A busca dos artigos científicos ocorreu no período de Junho a Setembro de 2021, nas bases de dados: BDEF, Lilacs, Medline, Scopus, Google Scholar e Web of Science, utilizando a estratégia de busca em português: ("lesão por pressão" OR "úlceras por pressão" OR "úlceras de decúbito" OR "escaras de decúbito") AND enfermagem AND conhecimento, e, em inglês, ("pressure ulcer" OR "Bed Sore" OR "Bed Sores" OR Bedsore OR Bedsores) AND nursing AND knowledge, de acordo com as definições e palavra relacionadas presentes no DeCS e MESH. O acesso às bases de dados ocorreu pelo Portal de Periódicos da CAPES acessado pela Universidade Federal da Paraíba.

Foram selecionados artigos científicos publicados no período entre 2016 e Setembro de 2021 com texto disponível na íntegra gratuitamente nos idiomas inglês, português ou espanhol, resultantes de pesquisas originais relacionadas à assistência na área hospitalar. Foram excluídos teses, dissertações, editoriais, artigos de opinião, publicações de congressos, artigos de revisão, resultados de pesquisas realizadas com a equipe multidisciplinar e artigos que se referiram ao desenvolvimento de LP no período perioperatório ou associado a outras morbidades. A busca foi realizada conforme fluxograma apresentado a seguir.

Figura 1. Fluxograma da busca nas bases de dados. João Pessoa, PB, Brasil, 2021



Fonte: Carreiro, Soares, Mendonça, 2021.

As informações extraídas dos artigos selecionados (título, autores, ano e país da publicação, objetivo, tipo ou desenho de estudo, amostra, instrumento utilizado para avaliar o conhecimento dos profissionais e principais resultados) foram organizadas em planilha e posteriormente submetidas à análise.

Após coleta de dados, procedeu-se à análise crítica dos artigos incluídos (quarta etapa) com abordagem organizada das características dos estudos. Os artigos foram classificados quanto ao nível de evidência em: Nível I – artigos de revisão sistemática ou metanálise de

Nível III – estudo com delineamento quase-experimental, como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; Nível IV- estudo não experimental como estudo correlacional e qualitativo ou estudos de caso; Nível V - relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas, e Nível VI – opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas (MELNYK et al, 2012).

A síntese das informações está apresentada no Quadro 1. As lacunas do conhecimento correspondem às questões respondidas corretamente por menos de 50% dos participantes. Para facilitar a

compreensão, os resultados foram divididas em: 1. Lacunas referentes à classificação de LP; 2. Lacunas referentes aos fatores de risco para LP; 3. Lacunas referentes às medidas de prevenção.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos estudos incluídos nesta revisão, 60% foram publicados no Brasil, 40% foram publicados no ano de 2019, 35% foram realizados com enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva, 90% foram classificados como nível IV de evidência, por se tratarem de estudos transversais. Apenas um experimental e um longitudinal fizeram parte da amostra de artigos incluídos, conforme descrito no quadro abaixo.

Quadro 1. Síntese dos artigos incluídos. João Pessoa, 2021.

TÍTULO	PAÍS ANO	AUTORES	TIPO DO ESTUDO/ AMOSTRA	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre prevenção de úlceras por pressão	Brasil 2017	Nariani Souza Galvão, Maria Alice Barbosa Serique, Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Paula Cristina Nogueira	Descritivo-exploratório com abordagem quantitativa realizado com 40 profissionais (14 enfermeiros, 20 técnicos e 6 auxiliares de enfermagem) de UTI.	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV
Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury Prevention and Management	Austrália 2019	Paul Fulbrook Petra Lawrence Sandra Miles	Estudo transversal realizado com 306 profissionais de enfermagem (240 enfermeiros, 30 técnicos e 33 auxiliares de enfermagem)	Teste de Conhecimento de Úlcera de Pressão Pieper-Zulkows ki (PZ-PUKT) versão 2 adaptado pelos autores -72 ITENS	IV
Nurses' knowledge of pressure ulcer and its associated factors at Hawassa University comprehensive specialized hospital Hawassa	Etiópia 2020	Ezedin Molla Muhammed , Berhanu Boru Bifttu, Yemataw Zewdu Temachu e Tarkie Abebe Walle	Estudo transversal realizado com 356 enfermeiros de todas as unidades do hospital	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV

TÍTULO	PAÍS ANO	AUTORES	TIPO DO ESTUDO/ AMOSTRA	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Nurses' knowledge to pressure ulcer prevention in public hospitals in Wollega: a cross-sectional study design	Etiópia 2019	Werku Etafa Ebi , Getahun Fetensa Hirko Diriba Ayala Mijena	Estudo transversal multicêntrico com 220 enfermeiros de 5 hospitais	Pressure Ulcer Knowledge Test Instrument (PUKAI).	IV
Estudo experimental com equipes de Enfermagem acerca do conhecimento sobre úlceras por pressão	Brasil 2016	Miriam Viviane Baron, Cézane Priscila Reuter, Miria Suzana Burgos, Veniria Cavalli, Cristine Brandenburg, Suzane Beatriz Frantz Krug	Estudo experimental realizado com 71 enfermeiros de Unidade de Terapia intensiva (50 do grupo intervenção e 21 do grupo controle)	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (PUKT)	II
Conhecimento de enfermeiros sobre o manejo de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva	Brasil 2019	Ana Paula Figueiredo de Montalvão França, Maria Elizabete de Castro Rassy, Rafaelly da Conceição Barra Portilho, Ana Carla Figueiredo de Montalvão Serrão, Amanda Souza França et al.	Estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa com 9 enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva.	Questionário elaborado pelas pesquisadoras sobre os fatores de risco, avaliação, classificação e tratamento das LP.	IV
Aplicação do pressure ulcer knowledge test em enfermeiros de um hospital de atenção secundária – estudo transversal	Brasil 2019	Paula Arquioli Adriani, André Oliveira Paggiaro, Marcus Castro Ferreira, Viviane Fernandes de Carvalho	Estudo transversal com 102 enfermeiros de um hospital	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV
Conhecimento da equipe de enfermagem sobre prevenção, avaliação e tratamento da úlcera por pressão	Brasil 2017	Laura Aparecida de Aquino Cracco, Rosilaini Leal da Silva Merli, Fábio Renato Lombardi, Ana Cláudia de Souza Bacci, Silvio Fernando Guideti Marques	Estudo transversal realizado com 5 enfermeiros e 6 Técnicos de Enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva.	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV

TÍTULO	PAÍS ANO	AUTORES	TIPO DO ESTUDO/ AMOSTRA	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Conhecimento de enfermeiros sobre prevenção e cuidados de lesão por pressão	Brasil 2019	Rayne Caitano de Sousa; Andréa Mathes Faustino	Estudo transversal realizado com 38 enfermeiros da clínica médica e cirúrgica	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV
Percepção de enfermeiros acerca dos cuidados e a utilização de hidrogel em lesões por pressão	Brasil 2020	Ianne Mayara Barros Costa, Francisca das Chagas Alves de Almeida, Keyth Sulamitta de Lima Guimarães, Ronny Anderson de Oliveira Cruz, Thalys Maynard Costa Ferreira et al.	Estudo com abordagem qualitativa realizado com 17 enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Sala vermelha e Comissão de pele.	Formulário de entrevista semiestruturado, com questões sobre tratamento e prevenção e sobre a utilização do hidrogel em LP	IV
Conhecimento dos Enfermeiros sobre Classificação e Prevenção de Lesão por Pressão	Brasil 2019	Deffeson da Silva Cardoso, Francisco Matheus Oliveira Carvalho, Gedeilson Bonfim da Rocha, Jadilson Rodrigues Mendes et al.	Estudo transversal realizado com 26 enfermeiros de um hospital.	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV
Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión	México 2017	Ricardo Rodríguez-Renobat o, Guadalupe del Rocío Esparza-Acosta Silva, Patricia González-Flores	Estudo descritivo e correlacional realizado com 102 enfermeiros de Unidade de Medicina Interna, Cuidados intensivos, urgência, Trauma e ortopedia e clínica cirúrgica de um hospital.	Versão adaptada do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT) - ReAc-PUKT	IV
Nurse's knowledge on the prevention of ulcers by pressure in a intensive therapy unit	Brasil 2017	Adna Ribeiro Braquehais, Fábía Sostisso Dallarosa	Estudo transversal realizado com 20 enfermeiros de 3 Unidades de Terapia Intensiva de um hospital.	Questionário semi-estruturado construído a partir na literatura sobre prevenção de LP.	IV
Conhecimento de enfermeiros sobre o uso da colagenase em lesões por pressão	Brasil 2018	Thalys Maynard Costa Ferreira, Carla Lidiane Jácome de Lima, Josefa Danielma Lopes Ferreira, Patrícia Simplicio de Oliveira; Glenda Agra et al.	Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com 20 enfermeiros que atuam em unidade de Clínica médica de 2 hospitais.	Roteiro de entrevista semi-estruturado .	IV

TÍTULO	PAÍS ANO	AUTORES	TIPO DO ESTUDO/ AMOSTRA	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Intervenção educativa para avaliação do conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre lesão por pressão	Brasil 2018	Thiago Moura de Araújo, Márcio Flávio Moura de Araújo, Lívia Moreira Barros, Francisca Jane Gomes de Oliveira, Leonardo Alexandrino da Silva, Joselany Áfio Caetano	Estudo longitudinal, antes e depois de intervenção educativa realizado com 9 enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital.	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	III
Nurses' Knowledge, Attitudes and Practices regarding Pressure Ulcer Prevention in the Umgungundlovu District, South Africa	África de Sul 2020	Thembelihle Patricia Dlungwane	Estudo transversal realizado com 223 enfermeiros de unidades de clínica médica, cirúrgica, ortopédica e terapia intensiva de um hospital.	Questionário adaptado de estudo anterior sobre conhecimento, atitudes e práticas dos enfermeiros com relação a prevenção de LP.	IV
Nurses' knowledge, attitudes, and behaviours related to pressure injury prevention: A large-scale cross-sectional survey in mainland China	China 2020	Ling Jiang, Li Li, Lisa Lommel	Estudo transversal realizado com 1806 enfermeiros de 10 hospitais.	Versão chinesa do Pieper Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV
Pressure Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses	Irã 2018	Batool Targari, Leili Mirshekari, Mansooreh Azzizadeh Forouzi	Estudo transversal realizado com 89 enfermeiros de Unidades de terapia intensiva de hospitais.	Pressure Ulcer Knowledge Test Instrument (PUKAI).	IV
Conhecimentos e práticas de enfermagem na prevenção e cuidado às lesões por pressão	Brasil 2019	Francisca Débora Veras Silva Priscila Cristina da Silva Thiengo de Andrade Eugenio Fuentes Pérez Júnior Ariane da Silva Pires Cristiane Helena Gallasch	Estudo misto realizado com 47 profissionais (5 enfermeiros e 42 técnicos de enfermagem) de unidades de internação	Versão brasileira do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV

TÍTULO	PAÍS ANO	AUTORES	TIPO DO ESTUDO/ AMOSTRA	INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Knowledge, practice and perceived barrier of pressure ulcer prevention among nurses in a public hospital in Selangor	Malasia 2020	Fatimah Sham Dayana Izni Binti Sharif Norhidayah Binti Moksin Hasnah Selamat	Estudo transversal realizado com 220 enfermeiros de UTI, Unidade coronariana, clínica médica, clínica cirúrgica e unidade ortopédica de um hospital	28 questões do Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT)	IV

Fonte: Carreiro, Soares, Mendonça, 2021.

Dos instrumentos utilizados para avaliar o conhecimento, 60% dos estudos utilizou o Pieper's Pressure Ulcer Knowledge Test (P-PUKT) e suas adaptações, sendo 10 na versão em português validada e adaptada no Brasil, e na versão chinesa e um na versão espanhola. O instrumento consiste em duas partes, com dados sócio-demográficos (primeira parte) e o teste de conhecimento com 41 itens sendo 6 referentes a classificação/estadiamento, 2 referem-se à descrição da lesão e os demais 33 itens estão relacionados a medidas de prevenção. Cada afirmação possui três opções de resposta, verdadeiro, falso ou Não sei, e cada resposta correta corresponde a 1 (um) ponto. Os itens errados ou respondidos com a opção Não sei, não recebem pontuação (FERNANDES; CALIRI; VANDERLEI, 2008).

A versão atualizada do instrumento (PZ-PUKT) foi adaptada e utilizada em um dos estudos incluídos. A nova versão é composta por 72 itens sobre prevenção (20 itens), estadiamento (25 itens) e descrição da ferida (27 itens), além de 11 questões referentes aos dados socio-demográficos. Das questões referentes à avaliação 42 são verdadeiras e 30 itens são falsos (RABEH et al, 2018).

Dois estudos utilizaram o Pressure Ulcer Knowledge Test Instrument (PUKAI) composto por 26 questões de múltipla escolha divididas em 6 categorias: etiologia e desenvolvimento (6 questões), classificação e observação (5 questões), avaliação de risco (2 questões), nutrição (1 questão), medidas preventivas para reduzir a quantidade de pressão (7 questões) e medidas preventivas para reduzir a duração dos itens de pressão (5 questões). Cada pergunta tem quatro opções de resposta, sendo a quarta opção 'Não sei' para evitar acertos ao acaso. Cada resposta correta corresponde a 1 ponto e respostas erradas ou marcadas como 'Não sei', não pontuam (MANDERLIER et al, 2017).

Em quatro estudos, a avaliação do conhecimento foi realizada com instrumentos elaborados pelos autores (questionários e roteiros de entrevista semi-estruturados) com questões sobre avaliação, fatores de risco, medidas de prevenção e medidas terapêuticas.

As lacunas do conhecimento dos enfermeiros identificadas nos estudos como as questões respondidas por menos de 50% dos participantes estão categorizadas em: Classificação de LP, fatores de risco, medidas preventivas e medidas terapêuticas, conforme quadro abaixo.

Quadro 2. Lacunas referentes a classificação de LP.

Categoria	Lacunas identificadas	% de artigos
Classificação de LP	Estágio 2	55%
	Estágio 3	45%
	Estágio 4	10%
	Estágio 1	5%
	LP não classificável	5%
	LP tissular profunda	5%

Fonte: Carreiro, Soares, Mendonça, 2021

Verificou-se que as maiores lacunas de conhecimento relacionadas à classificação das LP referem-se às características da LP estágio 2 e 3, identificadas como fragilidades em 55% e 45% dos artigos, respectivamente, seguida da definição de LP em estágio 4.

A atual classificação descrita pelo National Pressure Injury Advisory Panel –NPIAP (2016), descreve a LP estágio 2 como perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme ou bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida, mantendo o leito da ferida viável, sem exposição de tecido adiposo e tecidos profundos. Nos estudos incluídos foram abordados como características do estágio 2 a perda total da pele e presença de bolha no calcâneo não sendo identificada como presença de LP.

A LP estágio 3 é descrita como perda da pele em sua espessura total com tecido adiposo visível e, frequentemente, presença de tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas), sem exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. A profundidade varia de acordo com a quantidade de tecido adiposo da área. Podem estar presentes ainda descolamento e túneis. Quando o

esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável. Nos estudos foram investigados como LP estágio 3 as lesões com exposição de ossos, tendões ou músculos, perda da espessura total da pele até a fáscia ou até subcutâneo e presença de necrose (NPIAP, 2016).

A classificação de LP estágio 4 foi apontada como lacuna do conhecimento em 10% dos estudos, sendo descrita como perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso.

O déficit de conhecimento sobre LP estágio 1, não classificável e tissular profunda foi apontado por apenas 5% dos estudos. A LP estágio 1 é definida eritema não branqueável em pele intacta ao se realizar a digitopressão. Quando há perda tissular não visível por presença de esfacelo ou escara, a LP é considerada não classificável. Na LP tissular profunda há descoloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece (NPIAP, 2016).

Quadro 3. Lacunas de conhecimento referentes aos fatores de risco.

Categoria	Lacunas identificadas	% dos artigos
Fatores de risco	Redução na oferta de oxigênio	15%
	Cisalhamento	15%
	Fricção	10%
	Imobilidade	10%
	Nutrição inadequada	10%
	Redução do nível de consciência	10%
	Uso de água quente e sabão	5%
	Uso de medicamentos	5%

Fonte: Carreiro, Soares, Mendonça, 2021

A identificação dos fatores de risco para LP é imprescindível para o planejamento da assistência de enfermagem, considerando os fatores de risco extrínsecos que podem ser minimizados pela execução de ações preventivas, principalmente na população idosa, em que já são presentes inúmeros fatores de risco intrínsecos, próprios do processo de envelhecimento. Assim, as ações de enfermagem devem ser individualizadas para garantir uma assistência de qualidade de acordo com as necessidades identificadas de cada indivíduo.

Nesta revisão, a redução na oferta de oxigênio e a definição de cisalhamento foram apontadas como as principais fragilidades do conhecimento dos enfermeiros sobre fatores de risco para LP.

A redução da oferta de oxigênio pode ocorrer devido à presença de anemia, doenças sistêmicas e uso de drogas vasoativas que otimizam o fluxo sanguíneo rico em oxigênio para os órgãos vitais, reduzindo a perfusão para o tecido cutâneo e outros tecidos sob pressão, o que favorece o desenvolvimento de uma LP, além de dificultar a cicatrização de lesões existentes (MOREIRA; SIMÕES; RIBEIRO, 2020; SOUZA et al, 2017).

O cisalhamento é resultado da aplicação de uma força paralela à superfície da pele contra uma superfície de apoio, que associado à fricção, causam deformidade no tecido quando o paciente desliza no leito. A pele tende a manter sua posição contra a superfície de apoio e as camadas de tecidos subjacentes são deformadas com o atrito (TELES, 2019).

A imobilidade, a nutrição inadequada e a redução do nível de consciência também foram identificadas como lacunas do conhecimento em 10% dos estudos incluídos.

A falta de mobilidade do indivíduo é identificada como um dos principais fatores de risco extrínsecos para o surgimento de uma LP, pois está diretamente relacionada à duração da pressão em um determinada devido a falta de reposicionamento do indivíduo, o que ocasiona isquemia e destruição tecidual. Já a redução do nível de consciência resulta em alteração da percepção sensorial, incapacitando o indivíduo na comunicação de desconforto associado à pressão (TELES, 2019; SOUZA et al, 2017; RODRIGUES et al, 2018).

A maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população idosa como acidente vascular encefálico e hipertensão arterial sistêmica favorecem o desenvolvimento do LP nessa população pois afetam diretamente a mobilidade e percepção sensorial do indivíduo (VIEIRA et al, 2014).

A nutrição inadequada também configura-se como um dos fatores relevantes para o desenvolvimento de uma LP. A população idosa já sofre perda tecidual, que associada a má nutrição, reduz tecido subcutâneo e há afrouxamento da junção derme e epiderme, acentuando as proeminências ósseas e, assim, reduzem a tolerância dos tecidos à

pressão. Além disso, a desnutrição também está associada à hipoalbuminemia, responsável por manter a pressão oncótica e evitar o extravasamento de líquido para o interstício (MOREIRA; SIMÕES; RIBEIRO, 2020).

Quadro 4. Lacunas relacionadas às medidas preventivas

Categoria	Lacunas identificadas	% de artigos
Medidas preventivas	Ângulo da cabeceira do leito maior que 30°	55%
	Massagem em proeminências ósseas hiperemiadas	50%
	Uso de dispositivos/almofadas em forma de argola ou anel para reduzir a pressão	50%
	Uso de luvas d'água para aliviar a pressão	40%
	Frequência de reposicionamento de pacientes acamados a cada 2 ou 3 horas	30%
	Ângulo do paciente em decúbito lateral	20%
	Inspeção, no mínimo uma vez por dia, dos calcanhars de pacientes que se encontram em uma superfície redistribuidora de pressão.	10%
	Manutenção de calcanhars elevados do leito para prevenir LP	10%
	Frequência de reposicionamento de indivíduos que conseguem se mobilizar sozinhos quando sentados	10%
	A mobilização de pacientes imóveis deve ser realizada por duas pessoas	10%

Fonte: Carreiro, Soares, Mendonça, 2021

Verificou-se que das medida de prevenção a que apresentou maior número de respostas incorretas refere-se à angulação da cabeceira do leito maior do que 30°. De acordo com as recomendações atuais do NPIAP (2019), deve-se manter a cabeceira da cama o mais plano possível, assim é possível reduzir o risco de lesões por cisalhamento ao evitar que o indivíduo deslize sobre o leito. Em posição de decúbito lateral, o indivíduo deve permanecer em ângulo de 30° em relação ao leito, e não de 90° como frequentemente é praticado.

O NPIAP (2019) não recomenda massagem em regiões hiperemiadas devido a fragilidade capilar e presença de processo inflamatório, com possibilidade de rompimento de capilares. Entretanto, recomenda manter a pele limpa e devidamente hidratada, com possibilidade de aplicação de produtos barreira contra umidade.

O uso de almofadas em forma de anel e luvas d'água para alívio da pressão estão contra-indicados por diminuir a área de contato

e aumentam a intensidade da pressão em determinadas áreas. Para pacientes sentados deve-se usar uma almofada de assento que realize a redistribuição da pressão. A escolha da superfície de apoio deve considerar as características e necessidade do indivíduo como: nível de imobilidade, necessidade de controlar microclima, tamanho e peso do indivíduo, risco de desenvolvimento de novas úlceras (OLIVEIRA, 2014; NPIAP, 2019).

A frequência de reposicionamento deve considerar tolerância da pele e dos tecidos, condição clínica global, objetivos dos cuidados e tolerância do paciente a dor. Os indivíduos em risco ou com lesão por pressão devem ser reposicionados segundo um calendário individualizado. A frequência do reposicionamento deve ser determinada segundo parâmetros como grau de inatividade e imobilidade ou capacidade para se posicionar. Ao se mobilizar um indivíduo imóvel deve-se atentar para reduzir as forças de fricção e cisalhamento, por isso recomenda-se que a mobilização seja realizada por no mínimo duas pessoas (NPIAP, 2019).

Indivíduos que conseguem permanecer sentados devem ser colocados em cadeiras de preferências reclináveis que possibilitem a elevação das pernas ou com as pernas bem apoiadas no chão ou em superfícies. Deve-se atentar para utilizar assentos que possibilitem a mobilidade do indivíduo (cerca de 2,5cm livres de cada lado). Quando possível deve-se ensinar ao indivíduo exercícios de mudança de posição quando sentado para alternância dos locais de pressão a cada 15 ou 30 minutos (OLIVEIRA, 2014).

A avaliação da pele para identificação de áreas de risco deve ser realizada diariamente, incluindo avaliação do estado vascular e perfusão de membros inferiores, calcanhares e pés. Para prevenção de LP nos calcanhares deve-se utilizar dispositivo específico para esta área, de forma a garantir a distribuição do peso ao longo da região posterior da perna (NPIAP, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente, o sistema de saúde deve estar organizado para atender à necessidade dessa população, dentre elas a ocorrência de

eventos adversos como a LP. Assim, a identificação das fragilidades do conhecimento do enfermeiro sobre lesão por pressão é fundamental para o planejamento institucional com vistas à redução desse agravo e melhoria na qualidade da assistência, uma vez que o enfermeiro é o responsável pela elaboração do plano de cuidados e supervisor da assistência. Apesar do reconhecimento de que a problemática da LP é complexa e seu enfrentamento depende do envolvimento da equipe multidisciplinar, a enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente, sendo esse cuidado pautado em evidências científicas atualizadas.

REFERÊNCIAS

ADRIANI, P. A.; PAGGIARO, A. O.; FERREIRA, M. C.; CARVALHO, V. F. DE. Aplicação do pressure ulcer knowledge test em enfermeiros de um hospital de atenção secundária – estudo transversal. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, v. 87, n. 25, 8 abr. 2019. Acesso em: 12 jun 2021.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde* nº 20. Brasília, 2018

ARAÚJO, T.M. et al. Intervenção educativa para avaliação do conhecimento de enfermeiros intensivistas sobre lesão por pressão. *Rev Rene (Online)* [periódico da internet]. 2019; [acesso em 2021 ago 15]; 20:e41359. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1040979>.

BARON, M.V., REUTER, C.P., BURGOS, M.S., CAVALLI, V., BRANDENBURG, C., KRUG SBF. Experimental study with nursing staff related to the knowledge about pressure ulcers. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico da internet]. 2016; [acesso em 2021 jun 20]; 24:e2831. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518- 8345.1134.2831>

BRAQUEHAIS, A.R; DALLAROSA, F.S. Nurse's knowledge on the prevention of ulcers by pressure in a intensive therapy unit. *Rev Enferm UFPI*. [periódico da internet]. 2016 Out/Dez; [acesso em 2021 jul 10]; 5(4):13-8. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v5i4.5426>

CANDATEN, A. E.; BOEIRA, Y. B.; BARCELLOS, R. A. Incidência de lesões por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *REVISTA UNINGÁ*, [S.l.], v. 56, n. S2, p. 30-40, mar. 2019. ISSN 2318-0579. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1455>>. Acesso em: 26 jul. 2021.

CARDOSO, D.S.; CARVALHO, F.M.O.; ROCHA, G.B. et al. Conhecimento dos Enfermeiros sobre Classificação e Prevenção de Lesão por Pressão. Rev Fund Care Online.[periódico da internet]. 2019 abr/jun; [Acesso em 10 jul 2021]; 11(3):560-566. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.560-566>.

CARVALHO, F. et al. Prevalência de lesão por pressão em pacientes internados em hospital privado do estado de minas gerais. Enfermagem em Foco, [S.l.], v. 10, n. 4, fev. 2020. ISSN 2357-707X. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2269>>. Acesso em: 25 jul. 2021. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2269>.

CRACOO, L. A. A. et al. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre prevenção, avaliação e tratamento da úlcera por pressão. v. 1 n. 1 (2017): Revista Estudos e Pesquisas 2017. Disponível em: <http://3.83.41.150/index.php/PesquisaUnilins/article/view/3>. Acesso em 12 jun 2021.

COSTA, Ianne Mayara et al. . Percepção de enfermeiros acerca dos cuidados e a utilização de hidrogel em lesões por pressão. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 39, p. 38-50, Dec. 2020 . Available from <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000200038&lng=en&nrm=iso>. access on 13 jul. 2021. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.39530>.

DLUNGWANE, T.P. Nurses' Knowledge, Attitudes and Practices Regarding Pressure Ulcer Prevention in the Umgungundlovu District, South Africa. Africa Journal of Nursing and Midwifery [periódico da internet]. 2020; [acesso em 2021 jul 13]; 22(2):17pages. Disponível em: <https://doi.org/10.25159/2520-5293/7691>. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400012.

EBI, W.E., HIRKO, G.F. & MIJENA, D.A. Nurses' knowledge to pressure ulcer prevention in public hospitals in Wollega: a cross-sectional study design. BMC Nurs 18, 20 (2019). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0346-y>. Acesso em 10 jun 2021. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevenção e tratamento de lesões / úlceras por pressão. Guia de consulta rápida. (edição Portuguesa). Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

FERNANDES, L.M.; CALIRI, M.H.L.; VANDERLEI, J.H. Efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre prevenção de úlceras pressão. Acta Paul Enferm. [periódico da internet]. 2008; [acesso em 2021 mar 10]; 21(2):305-11. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/3PyPKQZT85jy33wgWQg7DWb/?format=pdf&lang=pt> FERREIRA, D. L. et al. Incidência de lesão por pressão e medidas preventivas em pacientes

críticos/ Pressure injury incidence and preventive measures in critical patient-
Ciência, Cuidado e Saúde, v. 17, n. 2, 29 ago. 2018.

FERREIRA, T.M.C., et al. Conhecimento de enfermeiros sobre o uso da colagenase em lesões por pressão. Rev. enferm. UFPE on line [periódico da internet]. 2018 jan; [acesso em 2021 jul 12]; 12(1): 128-136. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23190/25912>

FERRO, Z. L. A. et al. Fatores de risco para lesão por pressão em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 5, p. 12802-12813 set./out. 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/Celimarco/Downloads/16848-43495-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Celimarco/Downloads/16848-43495-1-PB%20(1).pdf). Acesso em 26 jun 2021

FRANÇA A. P. F. M. et al. Conhecimento de enfermeiros sobre o manejo de lesões por pressão em unidade de terapia intensiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 11, n. 8, p. e576, 6 abr. 2019. Acesso em: 13 jul 2021

FULBROOK, P., LAWRENCE, P., MILES, S. Australian Nurses' Knowledge of Pressure Injury Prevention and Management: A Cross-sectional Survey. J Wound Ostomy Continence Nurs. [periódico da internet]. 2019 Mar/Apr; [Acesso em 2021 jun 20] 46(2):106-112. Disponível em: 10.1097/WON.0000000000000508.

GALVÃO, N.S., SERIQUE, M.A.B., SANTOS, V.L.C.G, NOGUEIRA, P.C. Knowledge of the nursing team on pressure ulcer prevention. Rev Bras Enferm [periódico da internet]. 2017; [Acesso em 2021 jun 12] 70(2):294-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0063>

JESUS MAP, PIRES PS, BIONDO CS, MATOS RM. Incidência de lesão por pressão em pacientes internados e fatores de risco associados. Rev baiana enferm. 2020;34:e36587. JIANG, L.; LI, L.; LOMMEL, L. Nurses' knowledge, attitudes, and behaviours related to pressure injury prevention: A large-scale cross-sectional survey in mainland China. J Clin Nurs. [periódico da internet]. 2020; [acesso em 2021 ago 21]; 29:3311– 3324. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.15358>.

MANDERLIER, B.; VAN DAMME, N.; VANDERWEE, K.; VERHAEGHE, S.; VAN HECKE, A.; BEECKMAN, D. Development and psychometric validation of PUKAT 2-0, a knowledge assessment tool for pressure ulcer prevention. Int Wound J. [periódico da internet]. 2017 Dez; [acesso em 2021 mai 13]; 14(6):1041-1051. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28547752>

MEDEIROS, Luan Nogueira et al. Prevalência de úlceras por pressão em unidades de terapia intensiva. Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.], v. 11, n. 7, p. 2697-2703, jun. 2017. ISSN

1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23442/19144>>. Acesso em: 25 jul. 2021. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i7a23442p2697-2703-2017>.

MELNYK B.M., FINEOUT-OVERHOLT E, GALLAGHER-FORD L, KAPLAN L. The State of Evidence-based practice in US nurses: critical implication for nurse's leaders and educators. *J Nurs Adm* [periódico da internet]. 2012 [acesso em 2020 dez 17]; 42(9):410-17. Disponível em: http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/journal_library/nna_00020443_2012_42_9_410.pdf

MOREIRA, M. G. S.; SIMÕES S. M.; RIBEIRO, C. J. N. Perfil clínico e laboratorial de pacientes hospitalizados acometidos por lesão por pressão. 2020. *Estima Braz. Journal enterostomal Therapy*. V 18(e2220). Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/885/339>. Acesso em: 27 julho 2021.

MUHAMMED, E.M., BIFFTU, B.B., TEMACHU, Y.Z. et al. Nurses' knowledge of pressure ulcer and its associated factors at Hawassa University comprehensive specialized hospital Hawassa, Ethiopia. *BMC Nurs* [periódico da internet]. 2020; [acesso em 2021 jun 11]; 19(51). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00446-6>

National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) PRESSURE INJURY PREVENTION PIP Tips for Prone Positioning. 2016. Disponível em: <https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/online_store/posters/npiap_pip_tips_-_proning_202.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

OLIVEIRA, J. M. C. Prevenção de úlceras por pressão. In: In: BLANCK, M.; GIANNINI, T. *Úlceras e feridas - As feridas tem alma*. Di livros editora ltda, 2014.

RABEH, S.A.N.; PALFREYMAN, S.; SOUZA, C.B.L.; BERNARDES, R.M.; CALIRI, M.H.L. Cultural adaptation of the Pieper-Zulkowski Pressure Ulcer Knowledge Test for use in Brazil. *Rev. Bras. Enferm.* [periódico da internet]. 2018; [acesso em 2021 mai 12]; 71(4):1977-84. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0029>

RODRIGUES, A. R. et al. Lesão por pressão em pacientes na unidade de terapia intensiva: características, causas, fatores de risco e medidas preventivas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Esp.. S991-S996. 10.25248/REAS122_2018.

RODRÍGUEZ-RENOBATO, R.; ESPARZA-ACOSTA, G.R.; GONZÁLEZ-FLORES, S.P. Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* [periódico da internet]. 2017; [acesso em 2020 jul 15]; 25(4):245-56. Disponível em:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim174b.pdf>

SANTOS, J. B. S. et al. Incidência de lesão por pressão em pacientes na unidade de terapia intensiva de um hospital filantrópico. *Nursing (São Paulo)*; 23(265): 4233-4238, jun.2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/265/pg150.pdf>. Acesso em 25 mai 2021

SHAM, F.; SHARIF, D. I. B.; MOKSIN, N. B.; SELAMA, H. Knowledge, practice and perceived barrier of pressure ulcer prevention among nurses in a public hospital in Selangor. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* 2020, Special Volume (1): 325 - 335. Disponível em: <http://mjphm.org/index.php/mjphm/article/view/738/155>. Acesso em 27 jul 2021.

SILVA, F., ANDRADE, P., PEREZ JÚNIOR, E., PIRES, A., & GALLASCH, C. (2019). Conhecimentos e práticas de enfermagem na prevenção e cuidado às lesões por pressão. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e4. doi:<https://doi.org/10.5902/2179769238804>. Acesso em: 28 ago 2021.

SOUSA, R. C.; FAUSTINO, A. M. Conhecimento de enfermeiros sobre prevenção e cuidados de lesão por pressão. *J. res.: fundam. care. online* 2019 jul/set 11(4): 992-997. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i4.992-997. Acesso em 25 jul 2021.

SOUZA, N. R. de; FREIRE, D. de A.; SOUZA, M. A. de O.; SANTOS, I. C. R. V.; SANTOS, L. de V. dos; BUSHATSKY, M. Fatores predisponentes para o desenvolvimento da lesão por pressão em pacientes idosos: uma revisão integrativa. *Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, [S. l.], v. 15, n. 4, 2017. DOI: 10.5327/Z1806-3144201700040007. Disponível em: <https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/442>. Acesso em: 17 oct. 2021.

TELES, M. J. M. Construção e validação de check list sobre fatores de risco para lesão por pressão. *Dissertação (mestrado em enfermagem)*. Universidade Federal de Sergipe, 2019.

TIRGARI, B.; MIRSHAKARI, L.; FOROUZI, M.A. Pressure Injury Prevention: Knowledge and Attitudes of Iranian Intensive Care Nurses. *Adv Skin Wound Care*. [periódico da internet]. 2018 Abr; [acesso em 2020 dez 25]; 31(4):1-8. Disponível em: 10.1097/01.ASW.0000530848.50085.ef.

VIEIRA, P. B.; SÁ C. S.; MADEIRA, M. A.; LUZ, M. Z. B. A. Caracterização e fatores de risco para úlceras por pressão na pessoa idosa hospitalizada *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 15, núm. 4, julho-agosto, 2014, pp. 650-658

YAMADA, B. F. A. *Pele: o manto protetor. Higiene & hidratação*. São Paulo: Andreoli, 2015.

MULHERES EM CONTEXTO DE ENVELHECIMENTO/ VELHICE: EMOÇÃO E CONSCIÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE VIDA, TRABALHO E QUESTÕES DE GÊNERO NO CONTEXTO DE PANDEMIA

FÁTIMA FERNANDES CATÃO

Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo – USP com Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC/SP. Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, fathimacatao@uol.com.br;

TATIANNE SILVA FERREIRA

Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, tati-ferreira@hotmail.com

O artigo é resultado de um projeto de iniciação científica financiado pelo CNPq-UFPB.

RESUMO

A existência de uma cultura de desigualdade social e falta de oportunidades pelo envelhecimento/velhice têm produzido contextos de exclusão e sofrimento ético-político na construção do projeto de vida e trabalho. Este estudo visa refletir sobre a construção do projeto de vida, trabalho e questões de gênero pela emoção e consciência de mulheres em contexto de envelhecimento e velhice. Participaram da pesquisa 23 mulheres em atendimento no SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo para idosos (SCFV), referenciado pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade de João Pessoa/PB. O estudo é de caráter descritivo analítico, com metodologia de pesquisa-intervenção. Utilizou-se a técnica SEOP – Serviço de Escuta e Orientação Psicossocial: projeto de vida e trabalho com aplicação de questionário sociodemográfico, seguido de entrevista semiestruturada via chamada de vídeo e/ou voz devido à pandemia de COVID-19. Realizou-se a análise de conteúdo temática com o apoio do software Alceste à luz do referencial da Psicologia Sócio histórica. Foram identificadas 828 UCEs (Unidades de Contexto Elementar) configuradas em 4 eixos temáticos: Vivências afetivas em contexto de pandemia com 52,90% das UCEs; Projeto de vida, trabalho e questões de gênero com 27,54%; Significados e sentidos do envelhecimento com 10,02%; Concepções da velhice com 9,54%. Os eixos revelam a vulnerabilidade emocional sofrida pelas idosas durante a pandemia, assim como a importância da atividade, trabalho e projeto de vida para manter-se enquanto sujeito ativo. Ressalta-se a importância do estudo para o protagonismo das mulheres no enfrentamento ao contexto de exclusão pelo envelhecimento/velhice.

Palavras-chave: Envelhecimento, Mulheres, Projeto de vida, Psicologia, Trabalho.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa no país traz consigo questões que repercutem nas diferentes esferas da estrutura econômica, política, social e cultural da sociedade e traz desafios acerca das representações e dos aspectos psicossociais que constitui os sujeitos que vivenciam essa realidade. Neste direcionamento esta pesquisa tem como objetivo refletir sobre a construção do projeto de vida, trabalho e questões de gênero pela emoção e consciência de mulheres em contexto de envelhecimento e velhice. A observação desta realidade à luz da Psicologia Sócio histórica, referencial teórico deste estudo, entende o ser humano e o contexto a partir de uma constituição histórica e dialética, cujo paradigma baseia-se na expansão humana pela perspectiva do sujeito da emoção e da consciência, funções que implicam no modo de pensar e agir do humano (ESPINOSA, 2005; VIGOTSKI, 1999, 2003, 2004, 2010).

O ser humano, o projeto de vida e o trabalho configuram-se num contexto real e numa cultura de ordenação desse real (CATÃO, 2001, 2007; CATÃO; GRISI, 2014). O trabalho é, portanto, entendido como atividade indispensável à constituição do sujeito, tornando-se mediador entre indivíduo e sociedade (CATÃO; GRISI, 2014). É através da dialética entre a subjetividade e objetividade que se constrói o projeto de vida e trabalho, não se limitando apenas às condições objetivas da vida, mas entendendo a reflexão crítica das vivências e das possibilidades e impossibilidades de uma determinada realidade no futuro (CATÃO, 2007). A construção do projeto de vida é uma configuração humana do ser cidadão, sujeito de sua história individual/social, uma criação analítica, crítica e articulada.

O conceito de envelhecimento passa a ser desenvolvido a partir das questões que o crescimento demográfico provoca na sociedade, na luta pelos direitos e na formulação e execução de políticas públicas. A velhice, por sua vez, é apresentada de diferentes formas no qual se distingue pela compreensão dos outros e para quem a vive. Dessa forma, o envelhecimento caracteriza-se como um processo sócio vital multifacetado que se realiza ao longo de todo o curso da vida, enquanto a velhice denota uma condição resultante do processo de envelhecimento que gerações vivenciam dentro de contextos sociais,

políticos e individuais diversos (DE SOUZA ABRAHÃO, 2008; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

O processo de envelhecimento e a velhice são vividos em parte homoganeamente e em parte diferencialmente, de acordo com o gênero e a classe social dos indivíduos. A categoria gênero nos permite compreender que as desigualdades econômicas, políticas e sociais existentes entre homens e mulheres não são resultantes de suas diferenças biológicas, mas sim construídas nas relações sociais e no desenvolvimento da sociedade (FIGUEIREDO et al., 2007).

Diante do contexto pandêmico vivido, o isolamento social foi vivenciado de diferentes formas pelos grupos vulneráveis, especialmente pelos idosos que tiveram que abrir mão do direito de mobilidade e de estar junto (SANTOS, 2020). Tais restrições espalharam afecções tristes pelo mundo, beirando o desespero do contágio e relevando a esperança de prosseguir a vida no futuro (SAWAIA, 2020). Buscando entender os modos de sentir, pensar e agir dos seres humanos na relação com os contextos, o presente estudo busca contribuir para as possibilidades de emancipação humana por meio do protagonismo social das mulheres, na gestão do projeto de vida e trabalho, promovendo um espaço de escuta e apoio às pessoas em contexto de exclusão e sofrimento com intuito de promoção da saúde e da expansão de si a partir do processo de autorreflexão.

METODOLOGIA

O estudo de caráter descritivo-analítico foi realizado com mulheres participantes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoa Idosa (SCFV-I) de um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade de João Pessoa, PB. Devido ao isolamento social e as medidas sanitárias tomadas em razão da pandemia de Covid-19, as escutas foram realizadas de forma remota, através da plataforma WhatsApp, durante os meses de maio e junho de 2020. Para o referido estudo considerou-se idoso a pessoa que possui classificação etária igual ou superior a 60 anos, referência adotada com base nas orientações do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004). Dessa maneira, participaram do estudo 23 mulheres, entre 60 e 82 anos, com renda média de dois salários mínimos. Das 23 entrevistadas, 19 são aposentadas.

Quanto à escolaridade, 13 possuem ensino médio completo, 7 possuem ensino fundamental, 2 possuem ensino superior incompleto e apenas 1 possui superior completo.

Trata-se de uma pesquisa com metodologia de pesquisa-intervenção, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, número do parecer: 2.144.897. O SEOP – Serviço de Escuta e de Orientação Psicossocial: projeto de vida e trabalho foi utilizado para execução da pesquisa em questão. O método tem como objetivo primordial promover uma reflexão analítica e crítica dos idosos sobre si, sobre o contexto vivido, sobre o projeto de vida, trabalho e sobre questões de gênero, considerando a emoção e a consciência do cotidiano vivido. As narrativas foram capturadas através da aplicação de um questionário semiaberto para caracterização sociodemográfica do participante, seguida de uma entrevista semiestruturada.

Quanto ao procedimento de análise, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 1977; CATÃO, 2001) para análise crítica dos significados elaborados pelas mulheres, com o apoio do software Alceste para análise de dados textuais (REINERT, 1990; CATÃO, 2001), orientada pela abordagem da Psicologia Sócio histórica a fim de analisar e inferir novos conhecimentos a partir das narrativas elucidadas. A análise de conteúdo põe ênfase no discurso e pretende investigar seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas. Essa técnica visa reduzir o volume quantitativo das narrativas em categorias ou classes conceituais e, para isso, as mesmas são organizadas em corpus, ou seja, em um todo temático, para que se possa ir das descrições à interpretação de sentido do conteúdo (CATÃO, 2001). A análise dos dados no Alceste é feita através de classes constituídas por UCEs (Unidade de Contexto Elementar) que correspondem a segmentos de texto, com vocabulário homogêneo, que compõe cada classe formada (REINERT, 1990).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise realizada pelo software Alceste considerou como conteúdo relevante 83% do corpus apresentado. Deste percentual identificou-se 828 UCEs (Unidade de Contexto Elementar) configurados em

4 classes, denominadas de eixos temáticos, que serão demonstradas na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Frequência das Unidades de Contexto Elementar (UCEs) distribuídas em eixos temáticos, capturadas através de escutas realizadas com mulheres em contexto de envelhecimento/velhice/aposentadoria.

EIXOS TEMÁTICOS	UCE	
	(f)	%
I - Vivências afetivas em contexto de pandemia	438	52,90%
II - Projeto de vida, trabalho e questões de gênero	228	27,54%
III - Significados e sentidos do envelhecimento	83	10,02%
IV - Concepções da velhice	79	9,54%
Total	828	100%

O eixo mais específico e significativo das UCEs foi o eixo I denominado Vivências afetivas em contexto de pandemia com 52,90% e 438 de frequência, seguido pelo eixo II Projeto de vida, trabalho e questões de gênero com 27,54% e 228 de frequência, o eixo III Significados e sentidos do envelhecimento com 10,02% e 83 de frequência, e, por último, o eixo IV Concepções da velhice com 9,54% e 79 de frequência. Nesse sentido, os dados serão interpretados qualitativamente conforme os significados elaborados pelas mulheres participantes do SCFV-I no que se refere às categorias conceituais elucidadas.

Vivências afetivas em contexto de pandemia

O referido eixo temático, marcado por sua especificidade, apresentou maior similaridade através das palavras: **pandemia, sair, situação, med, mor, amig**. Estes vocabulários, dentro do contexto, expressam como a situação de pandemia está sendo vivenciada a partir da elaboração intersubjetiva mediada pela emoção e consciência na realidade do vivido. É possível perceber que as idosas expressam-se de forma individual de acordo com a realidade vivida, mas as concepções apresentadas assemelham-se quanto ao que pensam sobre a pandemia, conforme pode ser percebido em: “pandemia, assim, em minha opinião, eu acho algo espantoso. Porque já tenho 75 anos e eu nunca vi uma situação tão espantosa como a que a gente tá vendo agora. Tem

que ficar trancado, tem que ficar direto agora, tem que ficar longe do povo [...]" (75 anos, aposentada); "eu estou o máximo em casa, só saio para o necessário e assim mesmo é bem rapidinho porque essa situação, minha filha, essa situação que a gente tá vivendo nos traz medo" (67 anos, aposentada).

Observa-se nas falas expressas anteriormente como as restrições ocasionadas pela pandemia são retratadas através de sentimentos e afetos negativos provocados por um cenário novo de caráter excludente e desesperador. A emoção e a consciência interagem conjuntamente e implicam no modo de sentir, pensar e agir do humano (SAWAIA, 2014). O medo do invisível e o espanto ocasionado pela situação enfrentada encontram-se como afetos suscitados pela consciência do perigo, refletida através do contato com a realidade.

A população idosa, por ser um grupo numeroso e com limitações, torna-se um grupo vulnerável e apresenta dificuldades no enfrentamento da pandemia. Dentro desse contexto, a principal queixa trazida pelas entrevistadas corresponde à vulnerabilidade emocional frente ao isolamento social:

Gostaria de me ver mais feliz, porque agora eu estou muito triste. Quando eu estava com o meu grupo, eu era muito feliz, e agora a gente fica nesse isolamento e fica sem poder ver o grupo, sem poder ver os filhos, sem poder ver os netos, só ver assim online [...] isso não é bom não (60 anos, aposentada).

A emoção contém uma multiplicidade de sentidos (positivos e negativos), os quais, para serem compreendidos, precisam estar inseridos na totalidade psicossocial de cada indivíduo (SAWAIA, 2014). Ao expressar o desejo em sentir-se feliz através do convívio com os amigos e com a família, a entrevistada exterioriza a esperança de que a pandemia acabe para poder vivenciar momentos de interação social que, no momento, não é possível acontecer. O desejo em se ver mais feliz representa a potência de ação da idosa que, mesmo numa situação excludente, consegue se enxergar em outra realidade que traga felicidade. É através do protagonismo do humano no contexto vivido que a potência de ação se realiza. Desse modo o sujeito, enquanto humano, se constitui através das funções psicológicas superiores, sobretudo através da emoção e da consciência que ocorrem ao longo

do desenvolvimento (CATÃO, 2001, 2007; CATÃO; GRISI, 2014; CATÃO; ROCHA, 2019).

Dentre as emoções vivenciadas no contexto de pandemia, consideram-se também as seguintes falas: "eu só fico em casa, presa, com aquela ansiedade" (80 anos, aposentada); "eu me sinto, assim, mais nervosa, sentindo como se eu não tivesse tomado a medicação" (64 anos, aposentada). Há também a relação afetiva presente na preocupação com os outros e com a proliferação da doença: "a minha preocupação não é nem comigo, é mais com o povo de fora que sai em disparada, sem máscara, é uma aglomeração muito grande, aí isso prolifera ainda mais" (69 anos, aposentada). Dessa forma, é preciso entender que os sentimentos e emoções retratados não se originam no indivíduo, e sim no contexto que o cerca. Nesse sentido, o adoecimento psíquico ocasionado pelo isolamento social provoca a potência de padecimento no indivíduo à medida que o isola e o reduz ao vivido pelo sofrimento ético-político.

O sofrimento ético-político corresponde ao adoecimento do sujeito a partir da situação de exclusão enfrentada no contexto social (SAWAIA, 2014, 2020). No que se refere ao grupo estudado o adoecimento psíquico, ocasionado pelo contexto de isolamento social, é revelado através das condições sociais, da perda da rotina e, principalmente, da solidão no qual o contato virtual e a ingestão de medicamentos não são capazes de suprir. Percebe-se, portanto, que o sofrimento ético-político vivido pelas idosas não diz respeito apenas ao vírus em si, mas às condições de vida e injustiças sociais que a pandemia revela. "Para além de uma questão de pandemia e de vírus, esse processo tem despertado uma avalanche de medos, porque esse vírus acentua todas as contradições: as desigualdades sociais, os nossos desesperos e as nossas solidões" (SANTOS, 2020, p. 12).

O contexto de pandemia é observado através de três pontos-chaves que são de caráter: biológico, subjetivo e social (SANTOS, 2020). É possível perceber como as falas se relacionam à medida que integram elementos psíquicos, representados pelos sentimentos e afetos elucidados; biológicos, ao evitar riscos de contrair a doença, e, sociais, caracterizados pela falta do convívio social e pelas condições socioeconômicas das idosas. Esses elementos não são tomados em separado, eles caminham juntos e fazem parte de uma unidade dialética que

constitui os seres humanos em constante movimento, mediados pela relação entre a intersubjetividade e a objetividade (VIGOTSKI, 2003, 2004).

Projeto de vida, trabalho e questões de gênero

Neste eixo as palavras com maior representatividade – *atividade, homem, trabalh, mulher, ach, mesma* – expressam a construção do ser humano através da atividade e trabalho considerando o gênero como elemento de destaque. Partindo da concepção do ser social e histórico, a atividade é o elemento mediador no vínculo do indivíduo com o mundo (CATÃO, 2001, 2007; CATÃO; GRISI, 2014). Nesse sentido, a atividade desempenha um papel importante na construção do indivíduo enquanto ser humano ativo. Pode-se entender melhor este conceito a partir da seguinte fala:

[...] pegar um retalho, fazer um fuxico, fazer uma costurinha, bordado, vai passando o tempo entendeu? Aí atividade pra gente é isso, nunca ficar parado, entendeu? Porque se ficar parada a gente adocece, sabia? Então a gente tem que ficar se movimentando, fazendo qualquer coisa. (68 anos, doméstica).

Ao demonstrar a importância da atividade, a entrevistada expressa a necessidade em estar sempre ativa através dos trabalhos manuais. Enquanto aspecto humanizado, a atividade promove a potência de ação do indivíduo, tornando-o um ser consciente e pensante que se constrói através das suas emoções e sentimentos vivenciados na relação com o contexto (CATÃO; GRISI, 2014). Nesse sentido, a atividade torna-se elemento principal na vida do idoso, pois é através dela que ele mantém relação com a realidade (REIS; FACCI, 2011; CARMO; JIMENEZ, 2013).

Além disso, ao trazer a importância e a necessidade em estar sempre ativa, a entrevistada expõe a inatividade como adoecimento. Nesse sentido, percebe-se que o "ficar parada" pode ser visto como potência de padecimento para o indivíduo na velhice, visto que este pode ser gerador de sofrimento e angústia (SAWAIA, 2014). A relação estabelecida com o trabalho na fase idosa, mesmo com a ruptura ocasionada pela aposentadoria, permanece como aspecto primordial (REIS; FACCI,

2011; FELIX; CATÃO, 2013; RIOS; ROSSLER, 2017). Essa relação pode ser percebida na fala a seguir: "eu acho que o trabalho é vida, é riqueza, é saúde! Você tá trabalhando é bom demais!" (69 anos, aposentada).

É importante ressaltar que, assim como nas demais fases da vida, a velhice também é marcada pelo trabalho. O trabalho, na fase idosa, significa uma satisfação para o ser humano, um trabalho feito, agora não mais por obrigação, mas, sim, pela busca de si (FELIX; CATÃO, 2013; CATÃO; GRISI, 2014). Ao dizer "o trabalho é vida, é riqueza, é saúde!" notam-se aspectos intersubjetivos que qualificam o trabalho não só como fonte material de sobrevivência, mas como conquista.

O trabalho como atividade permite o sujeito transformar e ser transformado em uma constante busca de se conhecer e conhecer o mundo (CATÃO, 2007). "O idoso, quanto mais ele tá ativo, quanto mais ele tá praticando alguma coisa, quanto mais ele tá se movimentando é melhor, muito melhor!" (66 anos, costureira). A relação positiva com o trabalho enquanto atividade formadora do ser humano significa desenvolvimento, bem-estar e satisfação (FIGUEIREDO et al., 2007).

Atrrelado ao trabalho, o projeto de vida emerge nas falas como atributo fundamental para viver enquanto sujeito ativo que constrói a sua própria história (FELIX; CATÃO, 2013): "todo mundo tem que ter um objetivo de vida, todo mundo tem que ter, ninguém pode ficar parado, são formas de viver melhor, é um incentivo" (82 anos, aposentada); "esse é o projeto de vida de cada um, cada um faz a sua escolha e é a escolha que faz bem a você. É isso" (69 anos, aposentada). Falar sobre projeto de vida é falar de protagonismo, potencialidades, positivities, decisões e escolhas que se constituem como aspectos característicos do humano (CATÃO, 2007). Para as idosas, o projeto de vida está atrrelado à necessidade de tomar atitudes e fazer escolhas ao decorrer da vida. Percebe-se através das falas que a construção do projeto de vida só se realiza através da ação desempenhada pelo sujeito ativo implicado com a realidade vivida. Nesse ínterim, o projeto de vida não se configura como algo externo, mas, sim, como parte da sua história (CATÃO, 2007; CATÃO; GRISI, 2014).

Na construção dos sentidos sobre projeto de vida, trabalho e atividade por homens e mulheres, nota-se concepções acerca do gênero atribuídas de diferentes formas, sendo as principais: igualdade de gênero pela atividade, comparação entre o passado e presente,

importância do homem ativo e a importância da presença da mulher nas atividades domésticas. Sobre a percepção da igualdade de gênero pela atividade através da comparação entre o passado e presente, foram identificadas as seguintes falas:

Antes tinha aquela de que homem só pode fazer isso, mulher só pode fazer aquilo, mas isso já acabou faz muito tempo! Porque não tem mais esse negócio de isso só pode ser desempenhado por homens, isso aqui só pode ser desempenhado por mulheres. (70 anos, aposentada); [...] nem existe mais atividade feita por homens, hoje a atividade pode ser de qualquer sexo. Não tem diferença não. Mulher pode tudo! (77 anos, aposentada).

Percebe-se que, na concepção das idosas, a noção de igualdade dos papéis de gênero é elaborada através da comparação entre passado e presente de ações desempenhadas por homens e mulheres. Esta visão corrobora com a desconstrução da explicação biológica das diferenças atribuídas entre os sexos e entende o conceito de gênero construído nas relações sociais e no desenvolvimento da sociedade (FIGUEIREDO et al., 2007; MOREIRA; SOUZA, 2017). Neste sentido, perceber o desenvolvimento da identidade de gênero pelo sujeito histórico e ativo é entender que ele possui a potencialidade de transformar a si mesmo, as suas relações e seu contexto (MOREIRA; SOUZA, 2017). Ademais, a ideia atual de igualdade entre as atividades desempenhadas por homens e mulheres diz respeito à forma como o perfil feminino vem mudando ao longo do tempo. Antes a mulher era vinculada ao lar e hoje há um crescente protagonismo nos diferentes âmbitos da sociedade, principalmente no mercado de trabalho (DA SILVA, 2011). Por isso, é importante perceber como a evolução histórica da sociedade influencia e modifica o particular do sujeito.

Por outro lado capturam-se, ainda nas falas das mulheres, concepções baseadas no modelo tradicional de relações de gênero, percebida através da importância da presença da mulher nas atividades domésticas:

[...] o homem, ele faz uma feira, mas se a mulher não tiver pra ajudar, ele não faz por completo. O trabalho de casa, sempre quem ajuda é o homem, mas ele não faz como ela faz. Sempre ela tá ali pra ajudar e dar assistência também (64 anos, aposentada).

É possível observar na fala acima que a presença da mulher torna-se indispensável na execução de atividades ditas como domésticas. Essa concepção está enraizada num modelo tradicional de relações de gênero que entende a mulher como figura solidária e prestativa (FIGUEIREDO et al., 2007).

Além disso, as idosas também demonstram a importância do homem com ser humano ativo: "se pra mulher o projeto de vida é importante, para o homem é bem mais importante. O homem que não tem um projeto de vida ele tá parado, vai viver a custa dos outros?" (71 anos, aposentada). Ao dar uma maior importância ao projeto de vida como elemento necessário para o homem, a entrevistada traz a figura masculina vinculada a uma concepção histórica tradicional que o associa a uma pessoa que precisa estar sempre em ação, símbolo de força e dominação, afastado de possíveis fragilidades nos quais são mais facilmente atribuídas às Mulheres (FERNANDES, 2001; FERNANDES; GARCIA, 2010).

Significados e sentidos do envelhecimento

Os conteúdos correspondentes a este eixo são representados pelas seguintes palavras: *nasc, envelhec, cresc, pai, cri, esperança* as quais surgem através da perspectiva das idosas sobre envelhecer. A princípio o envelhecimento é encarado como um processo que se inicia através do nascimento e permanece durante a vida por um conjunto de transformações que marcam o desenvolvimento humano. Este processo, por sua vez, é encarado no plano individual e no plano coletivo (DEBERT, 1994; LIMA, SILVA; GALHARDONI, 2008). Identifica-se na afirmação a seguir: "envelhecer faz parte do nosso ciclo porque a gente nasce, cresce e envelhece, mas faz parte" (70 anos, aposentada).

Na fala acima é possível constatar a concepção de envelhecimento relacionada a um ciclo natural no qual todo ser humano vivencia. Contudo, é importante enfatizar que o envelhecimento não se sustenta de forma isolada apenas por atributos naturais, mas sim pela interação do biológico com o contexto histórico e cultural do sujeito (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008; DE MORAIS, 2009). Essa interação pode ser percebida na seguinte fala:

Eu pude nascer, crescer e dar um pouquinho da minha experiência, porque eu não tive a oportunidade de estudar, fui criada na roça, no interior, minha mãe morreu muito cedo e meu pai me colocou pra fora de casa [...] passei por muita coisa, mas não tenho do que reclamar não. Hoje eu vivo bem, graças a deus, o dia de ontem já passou, mas eu sofri um bocadinho (62 anos, aposentada).

Nota-se que a entrevistada define envelhecimento através do plano individual, constituído por experiências vividas, e traz as condições sociais relacionadas com os seguintes aspectos: acesso a educação, nível socioeconômico, estilo de vida e aspectos familiares. Além disso, mesmo tendo vivido em condições de vida socialmente injustas, verifica-se a potência de ação da idosa à medida que enfrenta seus sofrimentos de forma consciente e ativa, proporcionada pela resistência e perseverança do humano no vivido frente às determinações sociais. Nesse sentido, o envelhecimento implica múltiplas trajetórias de vida e se constrói sob diferentes aspectos de ordem sociocultural (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Além disso, o envelhecimento é relacionado às transformações físicas e intelectuais ao decorrer do tempo: "envelhecer não é bom! Eu não gostaria de ter essas rugas, de ter um bocado de papada aqui no braço, mas traz sabedoria, muita sabedoria!" (71 anos, aposentada). Observa-se a presença de aspectos subjetivos que se distinguem quanto às mudanças físicas e quanto ao intelecto. Enquanto o corpo sofre com transformações visíveis, a mente evolui de acordo com a experiência de vida de cada um (FIGUEIREDO et al., 2007; FERNANDES; GARCIA, 2010). Portanto, o envelhecimento é definido como processo plural que demarca modificações biológicas, psicológicas e sociais que acompanham todo o curso da vida e se estendem de forma acentuada na velhice (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Concepções da velhice

As palavras representativas: *jovem, dou, espírito, jovens, bonit, cham* que compõem este eixo caracterizam as falas das entrevistadas sobre a velhice. Este vocabulário, dentro do contexto, corresponde ao modo como o grupo percebe a velhice através de palavras que se associam à juventude. A elaboração dessa concepção é realizada de

duas maneiras distintas: a velhice em geral, representada por estereótipos, e a velhice pela experiência pessoal, distinta dos outros idosos (DEBERT, 1994; PINHEIRO, 1998; FERNANDES; GARCIA, 2010). As duas formas de tratar a velhice podem ser percebidas adiante: "idoso pra mim é isso, é aproveitar a vida [...] eu me acho idosa e hoje eu sou feliz, antes eu não era" (64 anos, aposentada); "eu gosto de me cuidar, gosto de me arrumar, de estar maquiada [...] porque tem gente que envelhece na cabeça e no corpo" (69 anos, aposentada).

Ao tratar a velhice pela experiência individual, nota-se a questão do autocuidado e autoestima como centrais para manter o bem estar. A entrevistada também traz a concepção de velhice através do processo de envelhecimento que, em outras pessoas, as transformações físicas e intelectuais são mais acentuadas e tratadas de forma negativa. Ou seja, a velhice, no plano coletivo, é percebida como uma categoria associada à decadência física, inatividade, acomodação e fragilização do corpo e, no plano individual, é distinta dos outros e refere-se a um momento de realização pessoal, de autoconhecimento e conquista (DEBERT, 1994; PINHEIRO, 1998; FERNANDES, 2001).

No caso do grupo investigado, a velhice enquanto prolongamento da juventude é definida através do ser idoso, como pode ser visto nas falas a seguir:

O idoso pra mim é isso, é a pessoa que envelhece o corpo porque é a natureza, mas que não envelhece o coração e nem a mente. Pra mim o idoso é isso, é envelhecer a matéria e não o espírito [...] meu pensamento é esse sobre o idoso e é assim que eu quero ser até os 100 anos (74 anos, artesã); Porque o velho que eu acho não é nem na idade e nem no corpo, é na cabeça! (74 anos, aposentada).

A concepção de velhice é percebida pela pessoa idosa através de um contexto marcado por mudanças sociais, políticas, culturais e relacionais que marcam a maneira como essas pessoas vivem, se veem e são vistas pelo outro em termos subjetivos, psicodinâmicos, sociais e físicos (DE SOUZA ABRAHÃO, 2008; DE LEÃO, 2018). Nas falas apresentadas percebe-se a influência do termo idoso para designar os sujeitos que vivem a velhice por meio de um processo de autoconhecimento e de ressignificação das transformações, enquanto o termo velho refere-se à imagem do sujeito retrógrado que permanece com as

mesmas concepções e se opõe ao novo. Portanto, o conceito de velho está relacionado à noção mais antiga e costumeira que se tem acerca da velhice no qual é vinculada a uma imagem estereotipada ligada a perda da autoestima, a solidão e a acomodação (FERNANDES, 2001; MONTEIRO, 2011).

Ademais, a definição de idoso pode ser atribuída ao uso do termo terceira idade no qual constrói uma identidade sociocultural para a pessoa idosa e marca um modo contemporâneo de envelhecer, caracterizado pela eterna juventude que direciona a velhice ativa principalmente para atividades de lazer e desenvolvimento (DEBERT, 1994; PALACIOS, 2007).

Velho é a estrada, velho são as pessoas que chama a gente de velho, porque a pessoa idosa com a cabeça jovem ela não é velha. Velho é aquele que só pensa no ontem, não ver o amanhã. Eu penso assim, não sei se estou certa, mas quem vê o amanhã se esquece do ontem que já passou (74 anos, artesã).

Nesse sentido, percebe-se a categoria velhice definida como uma construção social no qual a sociedade e a cultura estabelecem funções e atribuições de cada idade que são, em boa parte, arbitrarias, pois não se sustentam em atributos biológicos, mas sim na própria história que se reconstrói em um tempo social dinâmico e inconstante (SIQUEIRA; BOTELHO; COELHO, 2002; CASTRO, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que teve por objetivo refletir sobre a construção do projeto de vida, trabalho e questões de gênero pela emoção e consciência de mulheres em contexto de envelhecimento e velhice, com metodologia de pesquisa-intervenção, apresentou como resultado a construção de quatro eixos temáticos: Vivências afetivas em contexto de pandemia; Projeto de vida, trabalho e questões de gênero; Significados e sentidos do envelhecimento; Concepções da velhice. Pode-se dizer que o objetivo deste estudo foi alcançado, apesar das limitações ocorridas durante a pandemia quanto à realização das escutas.

Os resultados trazem avanços quanto ao foco nos aspectos inter-subjetivos e relacionais necessários para entender as dificuldades

enfrentadas pela população idosa no enfrentamento da pandemia. Além disso, o estudo corroborou com pesquisas anteriores (FIGUEIREDO et al., 2007; FELIX; CATÃO, 2013; CATÃO; GRISI, 2014) à medida que se assemelha com algumas concepções de atividade, trabalho, projeto de vida e gênero trazidos pela população idosa e abrange o campo de intervenção/reflexão da temática proposta. Alguns temas foram expressos de forma diferente pelos idosos, como os conceitos de envelhecimento e velhice. O envelhecimento é encarado como ciclo natural que traz mudanças físicas expressas de forma negativa, diferente do desenvolvimento intelectual que é visto como experiência de vida e sabedoria. Já a velhice é percebida pelo protagonismo do ser idoso em detrimento da imagem fragilizada do ser velho. Partindo da concepção sócio histórica que considera o sujeito um ser histórico e dialético, levam-se em conta os aspectos sociais e culturais na elaboração dos significados sobre projeto de vida, trabalho e atividade, entendendo o papel central desses elementos para a potência de ação frente às determinações sociais no contexto de envelhecimento e velhice.

Ademais, nota-se a importância da participação dos idosos no SCFVI, pois o espaço compartilhado possibilita o desenvolvimento de sociabilidades e potencializa vivências do ciclo etário, contribuindo para o avanço da emancipação humana pelo envelhecimento e velhice. Por fim, o estudo proporcionou um debate interdisciplinar das ciências humanas, sociais e da saúde, no que se refere ao estudo do protagonismo humano e social e possibilidades de expansão em contexto de exclusão/inclusão através da produção de alternativas de transformação de uma situação atual de padecimento para uma situação desejada na construção do projeto de vida, trabalho e atividade mediada pela emoção e consciência do vivido.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- CASTRO, G. G. O idadismo como viés cultural: refletindo sobre a produção de sentidos para a velhice em nossos dias. **Galáxia (São Paulo)**, (31), 2016.

CARMO, F. M.; JIMENEZ, S. V. Em busca das bases ontológicas da psicologia de Vygotsky. **Psicologia em Estudo**, 18(4), 621-631, 2013.

CATÃO, M. F. **Projeto de Vida em Construção na exclusão/ Inserção Social**. João Pessoa: UFPB, Ed. Universitária, 2001.

CATÃO, M. F. O que as pessoas pensam da vida e o que desejam nela realizar? In: KRUTZEN, E.; VIEIRA, S. (Orgs). **Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental**, p.75-94, João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2007.

CATÃO, M. F. F. M.; GRISI, A. F. Life Project and work as matter of exclusion/ inclusion of the elderly person. **Estudos em Psicologia**, 31(2), 1-20, 2014.

CATÃO, F. F.; ROCHA, K. K. Políticas Públicas e Direitos Humanos por idosos em serviço de convivência. **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 2, p. 909-923, 2019.

DA SILVA, A. A. Viver com mais de 60 anos: a propósito da política social. **Serviço Social e Saúde**, 10(1), 1-30, 2011.

DEBERT, G. G. Gênero e envelhecimento. **Revista Estudos Feministas**, 2(3), 1994.

DE LEÃO, A. A. M. P. Envelhecimento bem-sucedido: desafios às políticas públicas em Manaus (Successful aging: challenges to public policies in Manaus). **Emancipação**, 18(2), 325-335, 2018.

DE MORAIS, O. N. P. Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. **Psicologia ciência e profissão**, 29(4), 846-855, 2009.

DE SOUZA ABRAHÃO, E. O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer. **Revista da SPAGESP**, 9(1), 2008.

ESPINOSA, B. **Ética demonstrada à maneira dos geômetras**. São Paulo: Martin Claret, 2005.

FELIX, Y. T. M.; CATÃO, M. F. Envelhecimento e aposentadoria por policiais rodoviários. **Psicologia & Sociedade**, 25(2), 420-429, 2013.

FERNANDES, A. A. Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. **Sociologia, Problemas e Práticas**, (36), 39-52, 2001.

FERNANDES, M. D. G. M.; GARCIA, L. G. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 14, 2010.

FIGUEIREDO, M. L. F. et al. As diferenças de gênero na velhice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 422-427, 2007.

LIMA, Â. M. M. D.; SILVA, H. S. D.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 12, 2008.

MONTEIRO, M. P. O tempo foracluído da psicanálise. **Cógito**, 12, 2011

MOREIRA, M. I. C.; SOUZA, T. M. C. Possíveis diálogos entre a categoria de gênero e a concepção de sujeito em Vygotsky. In: A. A. S. Oliveira (Org.). **Psicologia Sócio histórica e o Contexto de Desigualdade Psicossocial: Teoria, Método e Pesquisa**, 1 ed., v. 1, p. 13-26. Maceió: 2017

PALACIOS, A. R. J. **Velhice palavra quase proibida: terceira idade, expressão quase hegemônica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PINHEIRO, E. G. Biblioterapia para o idoso Projeto Renascer: um relato de experiência. **Informação & Sociedade**, 8(1), 1998.

REINERT, M. **Alceste: Une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application**. Paris: Bulletin de Méthodologie Sociologique, 1990.

REIS, C. W.; FACCI, M. **A Atividade Principal e a Velhice: Contribuições da Psicologia Histórico-Cultural**. In X Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional, 2011.

RIOS, F. M.; ROSSLER, J. H. O trabalho como atividade principal no desenvolvimento psíquico do indivíduo adulto. **Psicol. Estud., Maringá**, v. 22, n. 4, p. 563-573, out/dez, 2017.

SANTOS, B. D. S. **A Cruel Pedagogia do Vírus**. Coimbra: Almedina, 2020.

SANTOS, L. M. C. "Escorregar não é cair": por quedas com amortecedores. In: SAWAIA, B. B.; ALBUQUERQUE, R.; BUSARELLO, F. R.; BEREZOSCHI, J. **Expressões da Pandemia**. Nexis, vol. 1, p. 12-15, 2020.

SAWAIA, B. B. Apresentação. In: SAWAIA, B. B.; ALBUQUERQUE, R.; BUSARELLO, F. R.; BEREZOSCHI, J. **Expressões da Pandemia**. Nexis, vol. 1, 2020.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: B. B. Sawaia (Org.), **As artimanhas da exclusão**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 97-118, 2014.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 7, 2002.

VIGOTSKI, L.S. **A Formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

VIGOTSKI, L. S. **La imaginación y el arte en la infancia**. Madrid: Ediciones Akal, 2003.

VIGOTSKI, L. S. **Psicologia pedagógica**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

VIGOTSKI, L. S. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

COMUNICAÇÃO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: FENÔMENOS QUE SE INTER-RELACIONAM NA **SOCIALIZAÇÃO** **DO(A) IDOSO(A)**

SIMONE GOMES DA SILVA

Doutora em Educação em Ciências pela UFRGS, Técnica-Administrativa de UFRPE
moneg.silva@gmail.com;

IÊDA LITWAK DE ANDRADE CEZAR

Doutoranda no curso de Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo. Coordenadora do Curso de Nutrição e Dietética da Escola Técnica Estadual Chico Science – ETECS - PE. ledalitwak_ufrpe@yahoo.com.br

RESUMO

Os fenômenos comunicação e envelhecimento vêm despertando o interesse de muitos analistas que se debruçam para compreendê-los. O envelhecimento e a comunicação são processos que existem desde os primórdios da humanidade. O envelhecimento é entendido como um processo natural, próprio da criatura humana e a comunicação como uma condição básica para estabelecer relações entre os indivíduos, necessária a sobrevivência e desenvolvimento humano. Considerando as múltiplas influências históricas acerca desses fenômenos e os contextos econômicos, sociais, políticos e culturais em que surgem e evoluem e suas inter - relações, esse artigo tem como objetivo, compreender a diversidade de apreciações acerca desses fenômenos, sobressaindo-se a relação dos(as) idoso(as) com a comunicação e os impactos das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) no processo de comunicação social no envelhecimento. O estudo caracteriza-se como qualitativo e privilegiou-se a revisão teórica, exploratória tendo em vista esclarecer conceitos, ideias e as inter-relações dos fenômenos estudados. Os resultados mostram controvertidas situações, com destaque para as fragilidades, ou, inseguranças desse segmento populacional em acompanhar os avanços e as mudanças nas relações sociais, em particular, as dificuldades de interação social com a família devido ao uso sem limites das novas TICs que afetam as interações sociais com os(as) idosos(as). Considera-se que os(as) idosos(as) se sentem excluídos(as) dos relacionamentos sociais, sobremaneira, dos familiares, devido ao uso das TICs pelos filho(as), netos(as), genros, noras e outros que compõem o grupo familiar os quais convivem.

Palavras-chave: Envelhecimento. Comunicação. Impactos. Relações Sociais.

INTRODUÇÃO

Neste artigo aprofunda-se os estudos sobre os fenômenos da comunicação e do envelhecimento, a examinar com atenção os contextos econômicos, sociais, políticos e culturais em que surgem e evoluem, em particular, os impactos do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) do processo de comunicação social no processo de envelhecimento tendo como fundamento os relacionamentos sociais, sobretudo, aqueles estabelecidos com os familiares, cônjuge, filhos(as), netos, genros e outros que compõem o grupo familiar os(as) quais convivem.

A diversidade de apreciações acerca desses fenômenos, destacam a comunicação como um fenômeno que desde a sua origem propiciou a reprodução das relações sociais. Esse processo possibilitou novas formas de organização da sociedade e da sua dinâmica social, por conseguinte, acarretou em si benefícios, mas, também contradições. Particularize -se nesses estudos em relação ao envelhecimento, consequências geradas pelo consumo das tecnologias da informação e da comunicação que são favoráveis aos as crianças, aos adolescentes, jovens e adultos que utilizam essas tecnologias, que os/as beneficiam no processo de comunicação, mas, também se conformam em fatores que se interpõem de forma negativa as relações sociais dos(as) idosos(as) no processo de envelhecimento,

Os estudos que fundamentam a revisão teórica que embasa a relação entre o processo de comunicação e o de envelhecimento, mostram aspectos significativos que provocam pertinentes reflexões acerca dessa relação. Silva e Andrade Cezar (2021) consideram que, as TICs se apresentam como uma necessidade, a fim de diminuir a distância do público idoso dos relacionamentos sociais. Contraditoriamente, o acesso e a utilização dessas tecnologias, podem facilitar sua inclusão no processo de comunicação, contudo, podem também com a mesma intensidade afetar de forma negativa seus processos de interação social e sua qualidade de vida, quando em detrimento da valorização das relações familiares, são excluídos delas pelo uso em excesso, associado à apropriação das TICs pelos membros da família.

Para tanto, é significativo e relevante a análise desses fenômenos para entender, particularmente, a realidade demográfica dos(as)

idosos(as) e as condições que os(as) acometem. Nessa perspectiva, o estudo contribuirá para subsidiar o planejamento de políticas públicas e sociais voltadas para as diferentes condições vivenciadas por esse segmento populacional, direcionando sua atenção no sentido de assegurar e promover suas demandas, sobremaneira de comunicação social, tendo em vista propiciar sua integração e participação efetiva e ativa na sociedade com qualidade de vida.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa teórica de abordagem qualitativa, de caráter explicativo que se propõe estudar e compreender as consequências geradas pelo consumo das TICs pelas crianças, adolescentes, jovens e adultos, que podem conformar-se em fatores que se inter põem de forma negativa as relações sociais dos(as) idosos(as) no processo de envelhecimento. Parte do princípio que a comunicação socializa novas informações capazes de influenciar de forma positiva a socialização dos(as) idosos(as) nos relacionamentos familiares, a considerar esses(as) como sujeito dessas relações.

Para tanto, a revisão bibliográfica utiliza as contribuições dos diversos autores que tratam do assunto, por meio de artigos científicos publicados em diferentes periódicos, tese/dissertações de mestrado disponíveis nas bases de dados das bibliotecas das universidades federais, no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Capes, Scielo - Scientific Electronic Library Online, dentre outros, da área de Educação, de construção do conhecimento para cuidados com o processo de Envelhecimento; Tendência e Perspectivas para esse público cada vez mais presente no cotidiano das cidades no campo das Ciências Sociais e da comunicação. De posse dos estudos selecionados procedeu-se a leitura e a análise integral dos mesmos, visando discutir os fenômenos propostos na revisão de literatura que se segue.

DESENVOLVIMENTO

O envelhecimento, o processo de comunicação e os impactos das Tecnologias da Informação e da Comunicação nas relações sociais estabelecidas pelos(as) idosos(as).

A comunicação e o envelhecimento têm sido abordados como fenômenos sociais que sempre estiveram presentes nas sociedades desde a Pré-história e que podem ser estudados, considerando os mais variados aspectos. Partindo desse contexto, desde os primórdios da humanidade, a comunicação se constituiu como uma necessidade para estabelecer relações entre os indivíduos, entendimento e socialização entre os(as) idosos(as).

Segundo Barros, Souza e Teixeira (2020), desde a própria sobrevivência da espécie humana, pode ser atribuída a comunicação, a partir do estabelecimento de regras de entendimento para convivência entre os atores envolvidos no processo cognitivo, como forma de se sustentar e se consolidar, sendo a comunicação um pilar concreto para a existência do ser humano atual em um mundo globalizado.

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

Para Silva e Andrade Cezar (2021) isto implica, portanto, trazer à análise o desenvolvimento da comunicação e sua relação com o processo de envelhecimento, mas, especificamente, o interesse em dialogar sobre a influência das TICs, destacando as dificuldades dos(as) idosos(as) em relação ao acesso e uso dessas tecnologias pelos(as) idosos(as) e os efeitos que elas podem provocar nas relações sociais estabelecidas na família e, sobretudo, na exclusão desse segmento do processo de comunicação e seu isolamento.

Para tanto, faz-se importante considerar para compreensão da evolução do fenômeno da comunicação, o contexto sócio-histórico em que evolui e sua influência no processo de envelhecimento humano. Para essas autoras, a história da humanidade e da sociedade revelam está ligada diretamente ao desenvolvimento das formas de comunicação que foram consolidando-se ao longo dos tempos.

Interrelações entre comunicação e o envelhecimento: da valorização do velho nas sociedades pré-capitalistas a sua desvalorização nas sociedades contemporâneas, o uso das Tecnologias da Informação e Comunicação e suas consequências para interação social dos(as) idosos(as).

Para Melvin DeFleur e Sandra-Rokeach (1985) e Silva e Andrade Cezar (2021) a origem e a evolução da comunicação humana podem ser explicadas através da teoria de transições. Segundo essa teoria esse processo pode ser compreendido a partir de cinco etapas. A primeira se deu com o desenvolvimento da sinalização, a segunda com o acréscimo da fala, posteriormente, veio a escrita, a impressão e a comunicação com os veículos de massas atuais. Outros estudos compreendem essa evolução considerando os períodos da comunicação corporal, a oral, a escrita e a digital que correspondem as mesmas etapas.

Para melhor compreensão desse fenômeno, analisar-se-á cada etapa de acordo com o contexto sócio-histórico em que evoluiu. A primeira delas, a Sinalização, segundo Bragança (2009, p. 1) e Silva e Andrade Cezar (2021) ocorreu na Pré-História, há cerca de 90 mil anos atrás, cujos indivíduos, hominídeos, não falavam, portanto, não havia a oralidade, mas, existia a emissão de sons – ruídos, roncos, rosnados, guinchos e movimentos corporais - traduzidos em forma de símbolos como o uso das mãos para uma série de gestos comunicativos.

Segundo Silva e Andrade Cezar (2021) a comunicação se dava por meios de gestos e sinais que eram entendidos por aqueles envolvidos nos processos, inclusive as pessoas velhas, mas, a conversação era imprecisa e prejudicava o entendimento das informações que acontecia de forma lenta (BARROS, 2020). Assim, os gestos manuais foram sendo combinados com expressões faciais e, em seguida, as vocalizações. As estruturas anatômicas do aparato vocal e das áreas cerebrais envolvidas evoluíram ao longo do tempo, conferindo vantagens adaptativas e de sobrevivência enormes e melhorias no relacionamento social (SABBATINI, 2001, p. 6).

Segundo esse processo, com o início da oralidade, em 90 e 40 mil anos atrás, surge a Idade da Fala, caracterizada como interpessoal, familiar, limitada ao campo visual e auditivo do indivíduo. Segundo

Silva e Andrade Cezar (2021), a análise entre as formas de comunicação existentes nas sociedades pré-históricas e a compreensão sobre o envelhecimento à época, revela uma estreita relação com a compreensão desses fenômenos. Segundo Beauvoir (1970, p. 68) na sociedade pré-histórica, o fato de se ter mais idade, de conhecer as tradições sagradas, magia, religião e técnica, de saber preparar os alimentos retirando dos mesmos as propriedades nocivas, estava relacionado ao imenso poder e autoridade dos anciãos.

Esses valores reforçam e certificam a valorização dos mais velhos nas relações sociais familiares, principalmente, pela experiência, a transmissão dos grandes mitos e rituais, sendo os idosos considerados sábios, videntes, guardiães das tradições e mestres dos mestres. Para se ter ideia, nas sociedades primitivas, os velhos eram objetos de veneração. Os jovens, nas relações familiares recorriam a eles em busca de seus conselhos, eram respeitados e lhes confiavam até as relações de negócios. Em geral, as sociedades da antiguidade, consideravam o estado de velhice dignificante e adotavam como sábio aquele que atingia essa etapa (SCHACHTER- SHALOMI E MILLER, 1996, p. 56).

Para Santos (2016, p. 68) subsistia, assim, o conhecimento especial dos(as) idosos(as), necessário para a comunicação e a transmissão da cultura existente de geração em geração. As pessoas idosas eram consideradas como verdadeiras pontes entre o passado e o futuro das gerações, cabia a elas por serem mais velhas e experientes regular os assuntos discutidos entre as gerações.

Como se verifica, a comunicação e o envelhecimento sempre existiram e acompanharam o desenvolvimento da humanidade. Nas sociedades pré-históricas, competia aos mais velhos a transmissão de conhecimento e de habilidades inerentes à sobrevivência do grupo familiar, sendo sua autoridade como anciã respeitada por todos.

As inter-relações entre comunicação e envelhecimento, da Idade Antiga à Idade Média, leva a comunicação após a Era da Fala, a Era da Escrita, em torno de 5 mil anos atrás, quando passa a ter sentido os significados padronizados, criados pelas representações pictóricas, uma linguagem de comunicação baseada em desenhos, gráficos, tabelas e outras formas de representação visual, considerado o primeiro passo para a escrita (SILVA E ANDRADE CEZAR, 2021).

Segundo Gustavo (2013) após a invenção da escrita, a humanidade entrou no período propriamente dito da história, sendo a grande responsável pelo desenvolvimento das capacidades do ser humano em todos os aspectos. A escrita aconteceu em várias partes do mundo, em lugares distintos, sendo a transcrição mais antiga a dos sumérios e dos egípcios e foi a grande responsável pelo desenvolvimento das capacidades do ser humano em todos os aspectos.

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

Segundo Milhomen, Santo e Brandão (2012, p. 7) e Silva e Andrade Cezar (2021) os desenhos em cavernas constituem formas que os seres humanos primitivos encontraram de memorizar e registrar o que acontecia em seu cotidiano. Os desenhos nas cavernas eternizavam as memórias e mensagens, aprimorando a forma de comunicação, auxiliando na evolução do processo intelectual, permitindo dessa forma, a perpetuação das tradições e da cultura. Os desenhos deixados nas paredes, com o decorrer do tempo, passaram a transmitir uma ideia que ficou caracterizada como ideograma.

Dessa forma, é possível afirmar, que a escrita permitiu nos processos de comunicação do ser humano, relacionar o próprio desenvolvimento e evolução da humanidade. Segundo Recuero (2000), a escrita foi muito importante para o avanço da comunicação, sobretudo, porque permitiu que o conhecimento ultrapassasse a barreira do tempo e que a mensagem pudesse existir independente de um emissor, podendo ser recebida a qualquer momento por alguém que soubesse decifrar o código. Ademais, com a escrita desenvolveu-se a ciência, que possibilitou a criação das raízes do conhecimento científico, a civilização, o espaço pôde ser reconfigurado, medido, transformado e a distância passou a ser algo concreto, passível de ser medido.

O impacto da escrita foi algo tão extraordinário na vida do ser humano que os historiadores costumam afirmar que o fim da Pré-história e o início da História propriamente dita e todo processo de

civilização que compreende a evolução da humanidade, acontece com a invenção da escrita.

Segundo Silva e Andrade Cezar (2021) as inter-relações entre comunicação e envelhecimento da Idade Moderna à Contemporânea, com o desenvolvimento da escrita e do processo de comunicação, acontece a Idade da Imprensa. Em 1455, na cidade de alemã de Mainz, é apresentada por Gutemberg a primeira máquina capaz de fazer reproduções, cujo primeira foi um livro confeccionado por uma prensa que possuía tipos móveis feitos de metal. Tal invenção disseminou-se com muita rapidez e revolucionou a forma de desenvolver e preservar as informações e a cultura (DIAS, 2013, P. 24).

Para esse autor, a partir dessa invenção foi aberto o caminho para a popularização do livro e a disseminação do conhecimento em larga escala, para o desenvolvimento do jornal impresso e para a democratização da educação. Sabe-se que, durante milênios a escrita restringia-se a modos de réplica muito limitados, como as tabuinhas com escrita cuneiforme dos povos sumérios, os papiros egípcios, os ideogramas chineses, entre outras variadas formas de reprodução, cujo acesso era restrito a pequenos grupos de pessoas, geralmente escribas (FERNANDES, 2021).

Com o passar dos tempos se torna comum a prática de copiar os livros, tarefa que se gastava muito tempo e se tomava muito espaço. Sem dúvida, a escrita alfabética significou um enorme avanço para a comunicação, contudo, como os manuscritos eram grandes e pesados e difícil de ser transportado, acabou se tornando um problema (SANTOS, 2020).

A invenção da imprensa, no Século XV, mais especificamente a criação da máquina de impressão tipográfica, foi significativa para abrir os caminhos para a popularização do livro, a disseminação do conhecimento em larga escala e o desenvolvimento do jornal e da comunicação e a democratização da educação. A máquina de impressão tipográfica, foi na verdade um dos acontecimentos que mudaram a história da leitura, da circulação de ideias em escala mundial e, sobremaneira a comunicação.

Com essa grande invenção, o primeiro livro impresso foi a Bíblia, em idioma vernáculo (em alemão), no Século XVI, até então a Bíblia era lida em latim e sua circulação não era tão grande tal como passaria a

ser a partir da invenção da imprensa. Com este instrumento, segundo Perle (2007, p. 7), o seu criador produziu cerca de 300 exemplares da Bíblia divididos em dois volumes (FERNANDES, 2021).

Para Silva e Andrade Cezar (2021), o nome imprensa vai adquirindo no decorrer da história novos significados que referem-se às organizações de comunicação de massa, de informações por meio de jornais, revistas, livros, rádio, televisão, cinema e Internet, os quais formam um sistema denominado 'mídia' nos tempos mais contemporâneos. Para outros teóricos como Santos (2020) imprensa vai designar, originariamente, um tipo de dispositivo técnico capaz de reproduzir palavras, frases, textos ou mesmo livros inteiros através de caracteres ou tipos móveis.

A partir desse contexto, segundo Silva e Andrade Cezar (2021), com o avanço do sistema econômico mercantilista, a ascensão da classe burguesa, da invenção da imprensa, da comunicação, entre outras inovações, a Idade Moderna fomenta outras formas de desenvolvimento econômico, de consumo, de comunicação, que avançam em detrimento dos tipos de sociedade do velho mundo.

No século XVIII, a melhoria das condições materiais e de higiene contribuiu para ampliar a longevidade das pessoas, multiplicando-se a quantidade de pessoas de 80 ou mais anos e, até centenárias, sendo que a longevidade surgia como penhor de virtude (SILVA E ANDRADE CEZAR, 2021).

Contudo, essa condição só favoreceu as classes privilegiadas e/ou dominantes, à medida em que os indivíduos de 40 ou mais anos das classes inferiores, em função das condições de trabalho, da miséria e da fadiga, apresentavam forte decadência física e, à medida que envelheciam, eram condenados à indigência da própria velhice, ficando a cargo da família, das instituições caritativas ou da igreja, onde as interações sociais eram bastante afetadas.

Segundo Santos (2017, p.40-42) o sentimentalismo para com os mais pobres e fracos, avôs e avós caracterizados como velhos, encontrava-se sustentado pela beneficência criada pela sociedade filantrópica da época, os(as) idosos(as) eram afastados da convivência e da comunicação familiar. A partir do final do Século XVIII e início do Século XIX, multiplicaram-se, nessa conjuntura, instituições de caráter filantrópico para o cuidado da velhice desamparada e pobre. A prática

da filantropia era tida como uma maneira de garantir a felicidade, uma preocupação por parte da burguesia que visava obter essa felicidade por meio da virtude e perdão dos pecados, contudo, na realidade, a institucionalização filantrópica dos mais velhos, levava ao abandono, a solidão, sobremaneira ao afastamento da vida familiar.

Contrapondo-se a essa realidade, conforme Silva e Andrade Cezar (2021) nas classes privilegiadas, os homens de idade eram beneficiados, de forma geral, com melhores condições e qualidade de vida. Graças ao progresso técnico direcionado para esse segmento da população, a vida material e social tornou-se mais confortável e menos cansativa em toda Europa, prolongando o tempo de vida ativa. Segundo Beauvoir (1970, p. 204), os sexagenários participavam da vida social, iam ao teatro, frequentavam cafés, bailes, salões de festas, tendo ocorrido diversos casamentos de homens idosos com mulheres muito jovens.

Para Silva e Andrade Cezar (2021) no final do Século XVIII e início do século XIX era visível a ascensão da sociedade capitalista na Europa e em outros continentes. Segundo Beauvoir (1970, p. 204) e Santos (2017, p.42) defendia-se uma ideologia que a velhice deveria ser valorizada, no entanto, esta ideologia restringia-se à valorização dos(as) idosos(as) da classe dominante, em detrimento da desvalorização dos(as) velhos(as) das classes menos favorecidas, que permaneciam em condições desfavoráveis de vida, material e social.

Para Silva e Andrade Cezar (2021) a era da Comunicação em Massa no Século XIX revela muitos reflexos no processo de envelhecimento. Estudos como os de DeFleur e Ball-Rokeach, 1993; Bragança, 2009; Costa, 2011; Santos, 2017; Santos, 2017, entre outros, mostram que a Era da Comunicação em Massa teve início no final do século XIX com a disseminação de jornais para pessoas comuns e o advento das mídias elétricas como o telégrafo e o telefone. No Século XX esse processo vai se consolidando com a criação da televisão, que amplia a divulgação de filmes e rádios, veículos responsáveis pela transição que continua hoje.

Conforme análise de Silva e Andrade Cezar (2021), em meados do XIX, a comunicação em massa, mas, especificamente, o Jornalismo, com a invenção do Telégrafo em 1844, propiciou um grande salto tecnológico. Esse aparelho considerado o pai de toda a comunicação

moderna, permitiu que textos que levariam horas ou até dias para serem transportados fossem repassados pelos profissionais de jornalismo às redações em questão de minutos. Ademais, o telégrafo permitiu, sobretudo, que a imprensa se tornasse muito mais ágil, isto porque, permitiu, que um fato que acontecia pela manhã virasse notícia à tarde, podendo ser facilmente publicada em um jornal.

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

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

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

Nesse processo, conforme entendimento de Carvalho (2006) as questões da transmissão de dados, mais especificamente, a de informática, que já vinha sendo integradas às telecomunicações, começa a se alastrar no país, setor que ficou conhecido como "teleinformática". Segundo Silva e Andrade Cezar (2021) estes avanços, foram pouco a pouco se convertendo em serviços disponíveis à sociedade. Não

obstante, nos dias mais atuais do presente século o uso da informática, dos computadores e dos telefones móveis para comunicação humana, acabou sendo recursos utilizados em grande escala na sociedade de consumo contemporânea.

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

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

Para Silva e Andrade Cezar (2021) as expressões conhecimento e comunicação humana, a partir do surgimento da Internet como uma rede mundial de computadores, conforma-se como um espaço que não existe fisicamente, mas virtualmente. Para Bragança (2009, p. 5) a Era dos Computadores e da Informação, impulsionaram as comunicações, por meio do desenvolvimento de novas tecnologias, revolucionaram os processos de transmissão de mensagens, de dados, de voz e de vídeo com altíssimas velocidades e uma convergência total ao mundo e a realidade virtual. Segundo Dias (2013), além disso, o desenvolvimento dessas tecnologias permitirem a retransmissão de programas da televisão educativa e comercial, abriram novas perspectivas para a comunicação telefônica, para transmissão de dados, fax, internet e muitos outros serviços especializados.

Para Silva e Andrade Cezar (2021) com a criação da internet o que se constata é uma nova forma de comunicação entre as pessoas no ciberespaço acontece. À medida em que a quantidade de dispositivos físicos conectados ao ciberespaço superou a quantidade de habitantes no mundo todo, a quantidade de informações geradas e disseminadas na sociedade aumentou exponencialmente. A comunicação passou a ser de pessoas com pessoas, através dos milhares de dispositivos tecnológicos que sustentam a internet e o ciberespaço, há ainda comunicação e conectividade entre os próprios objetos e os dispositivos. Enfim, uma infinidade de equipamentos com suporte para acessar o mundo virtual e fazer parte dele como integrante ativo, emitindo e recebendo mensagens e trocando informações e, ampliando as formas do homem se conectar ao universo virtual.

Para Silva e Andrade Cezar (2021) a era dos Computadores e da Informação na contemporaneidade são fatores que influenciaram significativamente a comunicação no processo de envelhecimento. Como se mostrou anteriormente, a partir da Idade Antiga, registra-se a decadência cada vez maior da importância que era dada à velhice, ao tempo em que se exalta a ascendência juvenil. Esse contexto leva a velhice a ser entendida por toda sociedade como uma força destruidora, inclusive pelos artistas, poetas e escritores, que não mais a entendiam a velhice como ideia de honra, privilégio e qualificação associada à sabedoria.

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

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

Segundo Silva e Andrade Cezar (2021) com a evolução demográfica, a expectativa de vida da população aumentou gradativamente em

nível mundial. Esse cenário para essas autoras parece que contribui para mudar o processo de desvalorização da velhice e colaborar com a revalorização dessa etapa da vida. A queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida já ultrapassa a idade de 75 anos em vários países. Segundo o IBGE (2014), no Brasil, a proporção de idosos de 60 ou mais anos de idade passou de 9,7%, em 2004, para 13,7%, em 2014, sendo o grupo etário que mais cresceu na população. Em 2030, esta proporção será de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população, uma terá pelo menos 60 anos de idade. Em relação à proporção de jovens, a projeção é que em 2040 estima-se 153 idosos para cada 100 jovens (IBGE, 2015).

A ideia é que a idade passou a ter um significado diferente, por conseguinte, evidencia-se uma revalorização da velhice no século XXI. Nesse cenário, com a expectativa é que os/as idosos/as com uma maior expectativa de vida, detém uma melhor saúde, aposentadoria ativa e com disponibilidade para viajar, retorno e vivenciar outras experiências.

Para Santos (2017) a sociedade que excluiu os(as) idosos(as) com a revolução industrial, passa a valorizá-los na sociedade contemporânea da comunicação e da informação, devolvendo-lhes a posição de valorização que possuía nas sociedades pré-capitalista, a partir de novos valores que caracterizam envelhecimento ativo e saudável. Um estilo de vida que insere a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Para Silva e Andrade Cezar (2021), nesse contexto, percebe-se que as relações sociais mediadas pelos avanços no campo das TICs propiciaram novas configurações de organização da dinâmica da vida social em todas as fases da vida. Essas novas configurações trazem em si contradições inerentes a vida social e cultural que, envolve, particularmente, o fenômeno do envelhecimento e sua relação com essas novas tecnologias, provocando assim, pertinentes reflexões acerca da materialidade da realidade social que envolve os(as) idosos(as) em relação ao processo de comunicação e interação social, sobretudo, no ambiente familiar. O acesso às TICs pelos membros da família têm reflexos diretos nas relações estabelecidas com os(as) idosos(as) na

família, sobressaindo-se na unidade doméstica (SILVA E ANDRADE CEZAR, 2021).

Cabe chamar atenção para um outro aspecto que não pode deixar de ser analisado porque também interfere na interação social do(a) idoso(a) nas relações sociais estabelecidas na família. Segundo Helman (2005) na sociedade contemporânea caracterizada pelas novas TICs, as pessoas idosas tendem a ter um status inferior, em detrimento da atual desenvoltura das pessoas mais jovens, que possuem maiores habilidades e conhecimento mais amplo para em interagir com os elementos dessa área. De forma que, por possuírem perfis mais hábeis e maior nível de conhecimento em relação às novas TICs, absorvem estas em velocidade muito mais rápida do que seus pais, avós e outros membros da família que incluem a população idosa. Essa condição vai refletir de forma negativa nos processos interativos, uma vez que os(as) idosos(as) não acompanham a agilidade dos mais novos.

Nessa mesma direção, Santo et al (2019) a partir do diálogo com idosos(as), enunciou temáticas que envolveram o desvelamento das tecnologias e o seu impacto na comunicação dos(as) idosos(as). Destacaram nesses enunciados, a fragilidade dos participantes, em relação aos avanços das TICs e a dificuldade apresentada por este público nos processos interativos, principalmente relacionados à família, decorrentes do uso em grande escala destas ferramentas pelos membros e o afastamento das interações sociais com os(as) idosos(as).

Para Santos et al., (2018) se, por um lado, é possível dizer que o aumento da expectativa de vida dos(as) idosos(as) retrata uma conquista no âmbito social e da saúde, por outro, representa um desafio ao atendimento das possíveis demandas econômicas e sociais, principalmente em países em desenvolvimento em relação as tecnologias da comunicação e da informação, principalmente quando se trata do seu uso e das influências que essas têm tido no âmbito das interações sociais familiares.

O que se pode apreender dessa realidade, é que o sistema capitalista tendo em vista o lucro, apropria-se do contexto do aumento da expectativa de vida dos(as) idosos(as), do fenômeno do envelhecimento e da qualidade de vida para reintroduzir o(a) idoso(a) nessa nova sociedade e nos meios de comunicação social. Para Blessmann

(2003, p. 75) e Santos (2017) a imagem apresentada é de idosos(as) capazes, dinâmicos e alegres que pertencem à terceira idade, como potenciais consumidores(as) da indústria do lazer e das TICs.

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

Para Silva e Andrade Cezar (2021), a partir desse contexto, surge um mercado para idosos(as), não limitado a medicamentos e serviços de saúde, mas abrangendo a realização e a satisfação das novas demandas de consumo para esse segmento populacional, abrangendo o consumo das novas tecnologias da informação. O sistema capitalista parece desconhecer que existem diversas alterações decorrentes do envelhecimento do organismo que podem influenciar o uso das TICs, inclusive dificuldades de ordem econômicas, sociais e culturais, que podem refletir na exclusão social do(a) idoso(a) não apenas ao consumir essas tecnologias, mas, ao interagir com as pessoas, principalmente dos relacionamentos familiares que as utilizam e que levam a sua exclusão social e a solidão.

A partir dessa perspectiva, é relevante considerar, que a comunicação e o envelhecimento são definidos como processos inerentes ao ser humano, sendo o envelhecimento progressivo e irreversível, inerente, natural e comum a todos os seres humanos e animais. Nesse processo, o indivíduo pode sofrer influência de fatores sociais, políticos, econômicos e psicológicos. Alterações funcionais e estruturais podem acarretar prejuízos motor e dificuldades de ordem psicológica e social ao(a) idoso(a) impactando de forma negativa sua relação com o ambiente físico e social em que está inserido(a) (SILVA E ANDRADE CEZAR, 2021).

Partindo desses pressupostos, segundo Mesquita, Cavalcante e Siqueira (2016) diversas alterações decorrentes do processo de envelhecimento do organismo podem influenciar o processo de

comunicação, trazendo dificuldades que poderão refletir, inclusive na exclusão social do(a) idoso(a) desse processo.

Para Lima e Lvos (2015), a considerar o crescente envelhecimento populacional, bem como, a constante evolução e consolidação das TICs, faz-se necessário considerar a necessidade da sua utilização e apropriação pelos(as) idoso(as), para manter-se incluído nos meios sociais os quais estão inseridos(as) necessitam não apenas apropriar-se desses objetos tecnológicos, mas, aqueles que já têm a habilidade e devem respeitar o tempo dos(as) idosos(as) e suas limitações, evitando que eles(as) sintam-se excluídos do uso e das consequências geradas pelo uso por outros de sua convivência.

Silva e Andrade Cezar (2021) ressaltam que essa exclusão pode se dá não somente por alterações de ordem fisiológica, mas também pode influenciar a interação social entre os(as) idosos(as) e distintos. Um outro aspecto relevante a considerar que pode causar essa exclusão, diz respeito ao fato que para se manter incluído nos meios sociais, como consumidor(a) das TICs, e os(as) necessita se apropriar dessas tecnologias, e para tanto, precisa ter não apenas condições econômicas, mas, também habilidades para as utilizar ou consumir.

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

Nesse aspecto, para Silva e Andrade Cezar (2021), o que vai determinar a compra e o consumo pelos/as idosos/as de produtos e de serviços da classe das Tecnologias da Informação e Comunicação para os/as idosos/as das classes menos favorecidas, é a condição econômica, de salário e de renda, considerando, sobretudo, prioritariamente, suas demandas e necessidades básicas para a sobrevivência. Contraditoriamente, para os(as) idosos(as) das classes mais favorecidas, o que vai determinar a compra e o consumo TICs é a necessidade, a demanda e o desejo de possuir para o adequado conforto e bem-estar.

O que se constata na sociedade caracterizada como de comunicação de massa e informacional é a existência de esperanças, desejos, demandas e anseios atendidos de forma diferenciada, conforme a classe social, sobretudo, a partir da influência da indústria mercadológica e de publicidade, que faz os(as) idosos(as) sentirem-se menos improdutivos, incompetentes, inúteis e dependentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a diversidade de apreciações acerca desses fenômenos, destacando as inter-relações entre comunicação e envelhecimento, com destaque ao impacto do uso das TICs pelos membros da família no processo de comunicação social desse segmento, torna-se fundamental, sobretudo, quando se considera o processo de comunicação como uma atividade humana, a partir da qual as trocas de informações são geradas, tendo em vista o crescimento e o desenvolvimento humano, bem como sua qualidade de vida.

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

Como desdobramento de futuros estudos sugere-se investigar, a partir das representações sociais dos(as) próprios(as) idosos(as) quais são suas demandas em relação as TICs e suas implicações no processo de comunicação social quando essas demandas não são atendidas, destacando aspectos primordiais que as determinam e as conformam na sociedade de consumo contemporânea. Em que o uso das TICs pode afetar as interações sociais dos(as) idosos(as) e sua qualidade de vida?

Nessa direção, a condição de classe dos(as) idosos(as) necessita ser compreendida e junto a isto, deve ser ainda considerado para o entendimento das interrelações entre - comunicação e envelhecimento e as implicações das TICs no processo de comunicação dos(as) - apreender as construções históricas, econômicas, políticas, sociais e culturais, destacando aspectos primordiais que determinam e conformam essas interrelações na sociedade de consumo contemporânea.

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

Este estudo reforça o pensamento de muitos outros teóricos de que a promoção para a formação de uma consciência crítica dos/as idosos/as, no sentido vencer suas limitações e desafios deve ser intensificada, de forma coletiva, na busca do alcance de um futuro mais promissor para nova demografia em relação a apropriação e uso das TICs. Para tanto, o controle social, pelo segmento idoso, das políticas voltadas para a defesa dessa causa, torna-se essencial. Isso pode ser feito através da participação do segmento idoso nos conselhos próprios da categoria, em defesa da efetivação do direito, tencionando uma melhor qualidade de vida no processo de comunicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRAGANÇA, Isabela. Evolução da comunicação. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/16088693/Evolucao-da-comunicacao-humana-Podemos-explicar-a-historia-da-existencia-humana-atraves-das-etapas-do-desenvolvimento-dacomunicacao>>. Acessado em 30/06/2020.

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

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

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

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

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

LIMA SC; LVOS. Almeida. Letramento digital de idoso no contexto do EJA em Mossoró - RN. Revista de Educação, Ciência e Tecnologia. 2015;4(1):1-14.

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

FERNANDES, Claudio. Invenção da imprensa. Brasil Escola. <https://brasilecola.uol.com.br/historiag/invencao-imprensa.htm/> Acessado em 20 de abril de 2021, GRAZIANO. Diólia de Carvalho. Avanços e desafios na tecnologia audiovisual brasileira: caso da IPTV. VII Encontro Nacional de História, mídia alternativa e alternativa midiática. Fortaleza, 2009.

GIBSON, William. Neuromancer. São Paulo: Aleph, 2003.

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

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

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

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Estudo e Pesquisa: Informação Demográfica e Socioeconômica, Rio de Janeiro n. 35. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em 28 de abril 2020

MCLUHAN, Marshall; FIORE, Quentin. Guerra e paz na aldeia global. Rio de Janeiro: Record, 1971. NERI, Anita Liberalesso. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. 2. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011.

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

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

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

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

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

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

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

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

SILVA, Simone Gomes da; Andrade Cezar, Iêda Litwak de. PAPEL DA UNIVERSIDADE COMO INSTITUIÇÃO PROMOTORA DA GESTÃO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL. In Coletânea Educação em foco [livro eletrônico]: História, política e cultura da educação no Brasil: volume 2 / Organizadores Willian Douglas Guilherme, Diogo Luiz Lima Augusto, Roger Goulart Mello. – Rio de Janeiro, RJ: e-Publicar, 2021.

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

SANTOSIVONETE, Paloma Ariana dos; BUSS, Teresinha Schülter; BRUCK, Heidemann Cláudia Cossentino; ARAKAWA-BELAUND, Marçal Aline Megumi. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento. *Audiol., Commun. Res.* 24 • 2019 • <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2018-2058>.